

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1886

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 8 juillet 1886, à 1 heure

Par M. MOUKTAR

Né au Caire (Egypte), le 1^{er} Août 1856

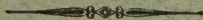
DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL
DE L'ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE

Avec la Tuberculose au début

Président : M. PETER, professeur.

*Juges : MM. { LANNELONGUE, professeur.
 { JOFFROY, PEYROT, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*



PARIS

HENRI GAUTIER

50, Rue Dauphine, 50

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

235

Année 1886

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 8 juillet 1886, à 1 heure

Par M. MOUKTAR

Né au Caire (Egypte), le 1^{er} Août 1856

DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL
DE L'ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE
Avec la Tuberculose au début

Président : M. PETER, professeur.

*Juges : MM. { LANNELONGUE, professeur.
 { JOFFROY, PEYROT, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI GAUTIER

50, Rue Dauphine, 50

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. J. BÉCLARD.
Professeurs	MM.
Anatomie.	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	PETER.
	DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale	GUYON.
	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	DUPLAY.
Pharmacologie.	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveaux-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
	G. SÉE.
Clinique médicale.	HARDY.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	BALL.
Clinique de pathologie, mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux	RICHET.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	TRÉLAT.
	LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	PAJOT.

Doyen honoraire : M. VULPIAN.

Professeur honoraire.

M. GOSSELIN.

Agrégés en exercice.

MM. BLANCHARD	MM. HALLOPEAU	MM. PEYROT	MM. RIBEMONT-7
BOUILLY	HANOT	PINARD	DESSAIGNES
BUDIN	HANRIOT	POUCHET	RICHELOT
CAMPENON	HUMBERT	QUINQUAUD	RICHET
DEBOVE	HUTINEL	RAYMOND	ROBIN (Albert)
FARABEUF, chef	JOFFROY	RECLUS	SEGOND
des travaux	KIRMISSON	RÉMY	STRAUS
anatomiques.	LANDOUZY	RENDU	TERRILLON
GARIEL	LUTZ	REYNIER	TROISIER
GUEBHARD			

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A. MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. PETER

Professeur à la faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'hôpital de la Charité
Officier de la légion d'honneur

DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

DE

L'ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE

AVEC LA TUBERCULOSE AU DÉBUT

AVANT-PROPOS

Pendant le cours de nos études médicales, nous avons suivi fréquemment la visite de M. le professeur Peter dans son service de l'hôpital de la Charité. Nous avons observé dans ce service plusieurs cas d'adénopathie trachéo-bronchique pouvant au premier abord simuler une tuberculisation pulmonaire au début. Il nous a paru intéressant de grouper ces faits, de réunir ces observations et d'examiner si maintes fois une erreur de diagnostic et de pronostic n'a pas pu être commise en présence de cas semblables. Cette étude fera le sujet de notre thèse, que nous offrons comme un faible témoignage de reconnaissance à tous ceux qui, pendant le cours de nos études, nous ont aidé et soutenu de leurs conseils.

M. le professeur Peter, dont la haute bienveillance nous a permis de mener à bonne fin la rédaction de notre thèse

et sous l'inspiration de qui elle a été entreprise, a bien voulu en accepter la présidence. Qu'il nous soit permis de le remercier profondément, et de l'assurer que nous n'oublierons jamais la bonté qu'il nous a témoignée pendant le temps où nous avons été son élève.

Nous sommes heureux qu'un usage constant nous autorise à remercier également nos maîtres dans les hôpitaux et particulièrement M. le Dr Nicaise, chirurgien de l'hôpital Laënnec, professeur agrégé à la Faculté de médecine, dont les bienveillants conseils ne nous ont jamais fait défaut.

MM. Malécot et Despréaux, internes des hôpitaux, ont tenu à nous considérer comme un de leurs compatriotes et à nous aider au début de nos études de leurs avis et de leurs leçons. Nous n'oublierons pas les nombreux témoignages d'amitié qu'ils nous ont donnés.

Nous quittons la France avec le regret de ne pas pouvoir y prolonger notre trop court séjour ; mais nous emportons avec nous le souvenir de toute la bienveillance dont nous avons été l'objet, et nous conserverons toujours pour ce pays hospitalier, une sincère gratitude et une profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

Les rapports de l'adénopathie trachéo-bronchique et de la tuberculisation pulmonaire sont signalés depuis longtemps dans les ouvrages des différents auteurs qui se sont occupés de l'hypertrophie pathologique et de la dégénérescence des ganglions thoraciques. Mais jusqu'à présent, il n'a été publié, à notre connaissance, aucun travail d'ensemble sur ce sujet mettant en opposition les caractères que présentent dans de nombreux cas ces affections et permettant au clinicien d'éviter ces erreurs de pronostic auxquelles expose une connaissance imparfaite ou superficielle des signes différentiels de ces deux maladies. Nous avons essayé de le faire en entreprenant la rédaction de cette thèse, et nous tenterons de démontrer qu'il est possible de faire ce diagnostic même dans les cas où, au premier abord, il paraissait impossible. C'est aux erreurs de ce genre qu'on doit rapporter l'explication de ces « véritables miracles », suivant l'expression de M. le professeur Peter, chez des malades paraissant condamnés à une mort certaine et seulement plus ou moins rapide.

Ce qui explique, dans une certaine mesure, la difficulté du diagnostic c'est que la tuberculose est de beaucoup la plus commune des conditions pathogéniques qui produisent l'adénopathie. Longtemps engorgement des ganglions bronchiques et tuberculose ganglionnaire ont été synonymes. Barthez et Rilliet la décrivent sous le nom de tuberculisation des ganglions bronchiques. Avant eux, on avait considéré même les tubercules pulmonaires comme une altération particulière des ganglions lymphatiques et il n'a pas fallu moins que des travaux anatomopathologiques plus récents pour démontrer qu'il n'existe pas de ganglions bronchiques au sein du poumon dans les parties qu'occupent les tubercules.

Plus tard on est revenu à des idées plus exactes, mais tout en signalant la possibilité d'une dégénérescence ganglionnaire en dehors de

la tuberculose, les différents auteurs n'insistent pas moins sur les difficultés du diagnostic entre les deux affections, quelle que soit la période à laquelle on examine le malade. « Les symptômes qui résultent de la compression des bronches par des tumeurs ganglionnaires de nature différente (adenite caséuse ou phthisie bronchique, hypertrophie généralisée simple ou œdème, hypertrophie mélanique, engorgement cancéreux) offrent une grande analogie avec ceux de la tuberculisation pulmonaire. » Ainsi s'expriment MM. Hérard et Cornil; Guéneau de Mussy, dans sa Clinique médicale insiste également sur la grande ressemblance de certains symptômes. « De toutes les affections qui se rapprochent le plus de l'adénopathie trachéo-bronchique par leur expression symptomatique, dit cet auteur, la plus importante, la plus commune, celle qui offre au début les symptômes les plus analogues à ceux de l'adénopathie est la tuberculose pulmonaire (1). » Et plus loin, signalant les modifications imprimées à la tuberculisation pulmonaire par l'adénopathie concomitante, il s'exprime ainsi : « Si la tuberculose pulmonaire est une condition pathogénique fréquente de l'adénopathie trachéo-bronchique, celle-ci en modifiera souvent l'expression symptomatique, et dans quelques cas deviendra l'élément dominant de la maladie, dont les manifestations peuvent être obscurcies ou même annihilées par celles de la lésion ganglionnaire. »

Nous pourrions multiplier les citations des auteurs signalant cette grande ressemblance des symptômes et les difficultés du diagnostic. Nous préférons nous borner aux quelques lignes que nous venons de transcrire. Mais cette difficulté de diagnostic étant signalée nous pouvions hésiter entre les différents points à élucider. L'étude du diagnostic différentiel entre l'adénopathie et la tuberculose du sommet avait l'avantage de limiter la question, mais laissait forcément en dehors du sujet certains symptômes fort intéressants à examiner comparativement dans les deux affections. Nous avons préféré choisir parmi les modes de début de la tuberculisation pulmonaire ceux dans lesquels on rencontre des symptômes pouvant être confondus avec certains signes de l'adénopathie trachéo-bronchique. Nous avons pu

1. Guéneau de Mussy. *Clinique médicale*, 2, IV, p. 243.

ainsi comparer les phénomènes cardio-vasculaires, si fréquents dans les deux maladies, et signaler les différences des troubles laryngés dont l'importance est considérable. Cette façon de comprendre la question implique la division du sujet en plusieurs parties, comprenant chacune un certain nombre de chapitres.

Un court exposé de l'histoire nous a paru nécessaire pour que notre thèse fût complète. Ce chapitre sera d'ailleurs très restreint, nous nous réservons d'exposer dans un paragraphe spécial la liste des nombreux auteurs que nous avons dû consulter ou qui ont écrit sur la question.

Il nous a paru également rationnel d'emprunter à la thèse du Dr Baréty, l'exposé de notions aujourd'hui admises sur la topographie des ganglions thoraciques. Nous avons pensé que cet exposé serait utile pour la compréhension de différents phénomènes, et même indispensable au point de vue de l'interprétation de certains signes fournis par la percussion.

La première partie de la thèse proprement dite est consacrée à l'étude des signes fournis par l'examen de la poitrine au moyen de l'inspection, de la palpation, de la percussion et de l'auscultation.

Dans la seconde partie, sont passés en revue les signes diagnostiques tirés de l'examen des différents organes et appareils.

Nous examinons dans la troisième partie quelques symptômes généraux ainsi que la marche et la durée comparative des deux affections.

Enfin nous faisons suivre cette troisième partie des observations, dont quelques-unes ont été recueillies par nous dans le service de M. le professeur Peter et sur lesquelles nous nous sommes appuyé pour établir les conclusions de notre thèse.

HISTORIQUE

L'étude complète de l'adénopathie trachéo-bronchique, au point de vue de la symptomatologie et du diagnostic, est relativement récente et date presque des travaux de Guéneau de Mussy et de Baréty. Depuis longtemps, il est vrai, les lésions des glandes lymphatiques intra-thoraciques avaient été remarquées chez les enfants par des médecins ou des anatomistes ; mais on avait méconnu les principaux symptômes qui les révèlent, et l'on ne soupçonnait pas le rôle important que joue cette affection dans la pathologie de l'adulte. En 1838, par exemple, Harrisson signale, à propos de l'étude anatomo-chirurgicale des artères, l'existence de ganglions volumineux, sujets à des altérations nombreuses, et comprimant les bronches et les vaisseaux du thorax. Avant lui, on trouve dans le *Traité des scrofules* de Lalouette, dans les thèses de Cayol et de Leblond, non seulement la description des ganglions dégénérés et examinés à l'autopsie, mais encore l'exposé d'un certain nombre de symptômes locaux et généraux de l'adénopathie trachéo-bronchique.

Les noms de Laënnec et d'Andral doivent être également cités, bien que leurs ouvrages n'éclairent pas d'un grand jour l'étude de cette affection. Laënnec, dans son *Traité de l'auscultation médiate*, consacre quelques pages à la tuberculisation des ganglions bronchiques, mais la

symptomatologie est laissée de côté, bien qu'il ait signalé quelques-uns des accidents dus à la compression. Andral, dans sa pathologie interne, effleure à peine la question, mais dans deux passages différents de sa clinique médicale, en décrivant les maladies des ganglions bronchiques, il reproduit quelques uns des faits mentionnés dans la thèse de Leblond, à laquelle il renvoie le lecteur. Il affirme d'ailleurs n'avoir pas observé de lésions analogues chez l'adulte ; et, pour lui, cette affection ne présente pas grand intérêt.

Puis Barthéz et Rilliet, en 1840, publient dans les *Archives de médecine* les résultats de leurs recherches anatomo-pathologiques sur la tuberculisation des ganglions bronchiques chez les enfants. En 1842 paraît dans le même recueil un second mémoire sur les symptômes, puis dans leur *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, ces auteurs consacrent un chapitre important à l'adénopathie trachéo-bronchique, toujours décrite sous le nom de tuberculisation des ganglions bronchiques. Mais la possibilité d'une erreur entre la tuberculisation ganglionnaire et la tuberculisation pulmonaire n'est que signalée, et tout en insistant sur l'utilité de la percussion, Barthéz et Rilliet ont soin d'avancer que ce diagnostic n'est possible que chez l'enfant, tandis que chez l'adulte la localisation des tubercules au sommet ne rend pas « la distinction très utile. »

Louis, en 1843, dans ses recherches sur la phthisie, signale quelques signes importants et nous le citerons plusieurs fois dans le courant de notre thèse ; mais tout en notant les troubles que peut faire naître l'action des gan-

glions hypertrophiés sur les organes voisins, il ne cite aucun fait personnel.

Depuis lors de nombreux auteurs, parmi lesquels nous citerons Marchal de Calvi, Schoeffel, Bazin, étudient de nouveau la question et apportant quelques faits nouveaux contribuent à attirer l'attention sur les altérations des ganglions bronchiques. Puis Fonssagrives (1861) étudiant l'engorgement des ganglions bronchiques chez l'adulte, déclare que si auparavant « le diagnostic de cette lésion était considéré comme absolument impossible » on peut cependant, en analysant avec soin les phénomènes morbides et en procédant par exclusion, arriver à la reconnaître d'une manière assez précise. » Mais cet auteur n'accorde aucune valeur à la percussion, attribuant la matité « quand elle existe et qu'on la constate, à une complication accidentelle », et affirmant que l'obscurité du bruit respiratoire « est un signe qui paraît plutôt déduit théoriquement de la nature de la lésion que constaté expérimentalement. »

Dans ces conditions, alors que l'on niait l'existence des signes physiques, il ne faut pas songer à trouver signalés les signes de diagnostic entre l'adénopathie trachéo-bronchique et la tuberculisation pulmonaire au début. Aucune indication de ce genre n'existe dans les travaux ou les mémoires publiés dans les années qui suivirent. Grisolle, qui consacre à la phthisie bronchique un chapitre de son *Traité de pathologie interne*, dit bien qu'elle coexiste souvent avec des lésions graves du côté des poumons, mais sans indiquer les signes qui permettent de l'en distinguer.

Guéneau de Mussy, sans s'occuper spécialement des

formes violentes de l'affection, recherche si la tuméfaction moyenne des ganglions médiastinaux ne se manifeste pas par quelque symptôme particulier permettant de la reconnaître, et publie en 1868 dans la *Gazette des hôpitaux* ses études cliniques sur l'adénopathie trachéo-bronchique. L'année suivante il ajoute quelques détails au premier mémoire, et en 1873 publie de nouveau dans la *Gazette Hebdomadaire* un article important. Enfin en 1874 paraît dans le premier volume des Cliniques le résumé des publications antérieures.

A la même époque paraissait dans l'*Union Médicale* un mémoire du Dr Lereboullet, lu quelques jours auparavant à la Société médicale d'Emulation. Dans ce travail où l'auteur étudiait l'adénopathie trachéo-bronchique, considérée comme signe de la tuberculose au début, il était naturellement amené à en séparer les symptômes. Des nombreuses observations dans lesquelles cette différence est signalée, il résulte que cette distinction est possible, et en effet, nous avons pu nous appuyer sur quelques-unes de ces observations pour affirmer les conclusions de notre thèse. Mais presque toujours dans ces travaux on paraît ne pas pouvoir séparer la tuberculose pulmonaire de la tuberculose ganglionnaire, et c'est seulement dans les cliniques de Guéneau de Mussy qui étudie bien les causes étiologiques de l'affection et montre qu'elles sont multiples que nous trouvons quelques détails sur les différences des symptômes qui existent entre la tuberculose et l'adénopathie, comme entre l'adénopathie et la coqueluche, l'asthme, ou les tumeurs du médiastin.

Baréty, qui la même année publie une thèse remarqua-

ble sur l'adénopathie trachéo-bronchique en général, et y ajoute une étude très intéressante sur la situation anatomique des ganglions, consacre également quelques pages au diagnostic de ces deux affections. Nous nous sommes aidé de ses recherches, et nous aurons souvent l'occasion de citer cet auteur dans le courant de notre thèse.

Depuis lors, presque tous les auteurs séparent, mais sans insister, les signes propres à l'adénopathie des signes appartenant plus spécialement à la tuberculisation pulmonaire. MM. Hérard et Cornil en particulier, tout en montrant leurs nombreux points de ressemblance, insistent sur la possibilité de séparer les symptômes. Nous avons également puisé des renseignements qui nous ont été très utiles et dont nous avons tiré un certain nombre de déductions, dans des travaux où l'on étudiait plus spécialement les symptômes de la tuberculisation pulmonaire ou de l'adénopathie, tels que la thèse de M. Cochez, relative à la présence des bacilles dans les produits d'expectoration des phthisiques ; les thèses ou les mémoires de MM. Jagueneau, Bilhaut, Sauvage ; les articles publiés dans les dictionnaires par MM. le professeur Potain et Hanot. Enfin, nous n'oublierons pas de signaler les traités classiques de pathologie interne de Grisolle et de M. le professeur Jaccoud, mais surtout les cliniques de M. le professeur Peter, où certains symptômes du début de la tuberculisation pulmonaire, et notamment les modifications de la température locale, ont été si bien mis en lumière.

NOTIONS ANATOMIQUES

L'importance qui doit être attribuée à la percussion du thorax au point de vue du diagnostic entre l'adénopathie trachéo-bronchique et la tuberculisation pulmonaire au début, alors que les signes stéthoscopiques de cette dernière affection ne sont pas encore très prononcés, nous a déterminé à résumer en quelques lignes, au commencement de notre thèse, les notions anatomiques que nous possédons aujourd'hui sur la topographie des ganglions médiastinaux.

C'est à M. le Dr Baréty que l'on doit la description exacte de ces ganglions, de leur situation, et de leurs connexions avec les organes contenus dans la cavité thoracique, et c'est au travail important qu'il a publié sur ce sujet, en 1874, que nous empruntons les détails qui vont suivre (1).

Les glandes lymphatiques du médiastin peuvent être divisées en trois groupes principaux, entourant la terminaison de la trachée et l'origine des bronches. En divergeant après leur origine, les deux bronches primitives forment avec la trachée trois angles, l'un inférieur, les deux autres supéro-

1. Baréty. *De l'Adénopathie trachéo-bronchique en général et en particulier dans la scrofule et la phthisie pulmonaire, précédée de l'Etude topographique des ganglions trachéo-bronchiques.* Paris 1874.

externes. Chacun de ces angles est occupé par un groupe de ganglions.

A l'angle trachéo-bronchique inférieur correspond le groupe intertrachéo-bronchique, répondant en avant au péricarde ; en arrière, au réseau nerveux unissant les deux plexus pulmonaires et médiatement à l'aorte et à l'œsophage ; en haut, à la bifurcation de la trachée ; en bas, au bord supérieur des veines pulmonaires.

Les groupes occupant les angles supérieurs sont désignés sous le nom de groupes prètrachéo-bronchiques droit et gauche, ce dernier un peu moins important. De chacun de ces deux groupes partent de chaque côté, deux chaînes ganglionnaires suivant les bords supérieurs des bronches et désignées sous le nom de chaînes sus et sous-bronchiques.

Le faisceau vasculo-nerveux du cou, formé par la veine jugulaire interne, le nerf pneumogastrique et l'artère carotide primitive est entourée de ganglions, communiquant avec les groupes prètrachéo-bronchiques et formant des chaînes ascendantes, l'une prévasculaire, l'autre rétro-vasculaire.

Au niveau et un peu au-dessous de l'articulation sterno-claviculaire existe une agglomération ganglionnaire désignée par M. Baréty, sous le nom de groupe rétro-sterno-claviculaire. Ce groupe, plus volumineux à droite où il occupe l'angle de bifurcation de la veine cave supérieure, est situé à gauche un peu plus bas et plus profondément que le droit.

Quant aux ganglions sus-claviculaires, ils répondent au réseau lymphatique de la plèvre pariétale, et peuvent communiquer avec le groupe rétro-sterno-claviculaire. Au point

de vue du diagnostic, la recherche de leur hypertrophie ne doit jamais être négligée.

Telle est la disposition anatomique de ces ganglions. On en déduit facilement leurs rapports avec les régions thoraciques. Nous avons déjà vu la situation du groupe rétro-sterno-claviculaire et de l'articulation interne de la clavicule. Ajoutons que lorsque les glandes de ce groupe sont hypertrophiées, elles longent les bords latéraux du manubrium sternal, et que les régions scapulo-rachidiennes correspondent surtout aux ganglions qui pénètrent avec les divisions bronchiques dans le hile du poumon, ainsi qu'au groupe inter-trachéo-bronchique. La sonorité normale de ces régions pourra être également modifiée par le développement des groupes prétrachéo-bronchiques, mais seulement quand il est considérable.

Mais les principales modifications de sonorité siègent surtout au niveau des régions désignées par Guéneau de Mussy, sous le nom de *zones ganglionnaires* (1). Au manubrium sternal, à la partie interne des deux premiers espaces intercostaux, aux articulations sterno-claviculaires et à la partie interne des clavicules correspond la zone ganglionnaire antérieure. La région ganglionnaire postérieure comprend les lames des trois premières vertèbres dorsales, celles de la septième cervicale et même une partie des espaces scapulo-rachidiens. C'est dans ces régions que devra être pratiquée l'exploration plessimétrique, et qu'elle fournira les renseignements les plus nets sur l'hypertrophie des ganglions médiastinaux.

1. Noël Guéneau de Mussy. *Clinique médicale*, tome IV, Paris, 1885. Pages 54 et 55.

PREMIÈRE PARTIE

INSPECTION

Les déformations du thorax qui existent au début de la tuberculisation pulmonaire comme celles que l'on peut constater dans l'adénopathie trachéo-bronchique n'ont qu'une importance médiocre et nullement comparable, il faut le dire, à la valeur des renseignements fournis par la percussion et l'auscultation.

Cependant la configuration du thorax au début de la phthisie pulmonaire a depuis longtemps frappé bien des auteurs et donné lieu à de nombreux travaux. Hirtz s'est efforcé de démontrer que l'étroitesse de la poitrine chez certains phthisiques est toujours consécutive à la tuberculose pulmonaire ; mais Voillez, s'il a constaté que la poitrine est régulière et bien conformée chez le quart des phthisiques, déclare que chez plus du tiers, la poitrine paraît déplacée latéralement.

Ces déviations latérales ont, pour Jules Guérin, une importance considérable ; pour lui, non seulement les déviations latérales prédisposent à la tuberculose, mais l'affection se développerait de préférence et plus rapidement dans les points correspondant à la convexité de la déviation.

Pour Serrailier, sur 60 phthisiques qu'il a examinés, 24 avaient une poitrine cylindrique. Mais d'une façon générale, on trouve surtout la diminution de la circonférence du thorax à la partie supérieure, et une étroitesse relative de cette région qu'on reconnaît par la mensuration circulaire. En même temps, la paroi antérieure est comme aplatie, les dépressions naturelles sont exagérées, surtout sous les clavicules et dans les fosses sus-épineuses. D'une valeur moins grande quand elle est bilatérale, cette exagération des dépressions a vraiment dans le cas contraire l'importance d'un signe présomptif. De plus et en dehors de toute déviation rachitique, tantôt les côtes se contournent rapidement en dehors et en arrière, tantôt les cartilages costaux sont saillants et forment à droite et à gauche des bourrelets verticaux à partir desquels les côtes se portent brusquement en arrière.

Chez les malades atteints d'adénopathie, les déformations thoraciques ne se présentent ni avec la même fréquence, ni avec la même forme. Le défaut de fonctionnement d'un poumon consécutivement à la compression des bronches, peut amener une rétraction permanente de la paroi thoracique, mais le fait n'est pas fréquent. Plus rarement encore, on a observé une voussure qu'on ne doit pas confondre avec celle de l'emphysème et qui est le résultat d'une action directe des ganglions tuméfiés sur les parois de la poitrine. Cette saillie est constituée ordinairement en avant et en haut par la première pièce du sternum soulevée, ou par une voussure plate et inégale des cartilages costaux. L'augmentation de volume des ganglions pouvant devenir plus considérable, on a vu la clavicule, du côté

droit surtout, repoussée en avant. C'est qu'en effet l'articulation sterno-claviculaire droite est en rapport avec le groupe rétro-sterno-claviculaire droit, dont les ganglions, quand leur développement est très considérable, peuvent quelquefois venir faire saillie à la base du cou (1).

On voit qu'au point de vue du diagnostic l'inspection de la poitrine ne sera pas d'une très grande utilité, bien que les déformations du thorax dans l'adénopathie ne ressemblent aucunement à celles qu'on observe dans la tuberculose au début. C'est qu'en effet, leur degré est très variable et leur fréquence, surtout dans le premier cas, n'a rien d'absolu. On devra tenir compte surtout de la voussure sous-claviculaire en l'absence d'emphysème, et au contraire de la dépression de cette région que l'on rencontre parfois au début de la tuberculisation pulmonaire. C'est plus tard seulement que l'amaigrissement faisant des progrès, l'aspect du thorax et de ses déformations s'accroît, et que l'on peut constater une atrophie des muscles pectoraux beaucoup plus prononcée et plus importante qu'à la période initiale.

PALPATION

L'importance de la palpation au point de vue du diagnostic n'est pas très considérable ; cependant elle ne doit

1. Guéneau de Mussy, *loc. cit.*, p. 126.

pas être absolument négligée, car si dans la tuberculisation pulmonaire au début, elle est d'un assez maigre secours, il n'en est plus absolument de même dans l'adénopathie trachéo-bronchique.

On peut avoir recours, pour pratiquer cette palpation, à un mode particulier d'exploration que préconisait le professeur Lasèque et qui donne de bons résultats. Se servant des deux mains qu'il faisait mouvoir du poignet à l'extrémité des doigts dans des régions opposées de la poitrine, il en appréciait ainsi le volume, l'élasticité et le relief. Maintes fois il aurait pu ainsi, au début d'une tuberculisation pulmonaire, constater une diminution de volume dans l'un ou l'autre côté de la poitrine, surtout à la partie supérieure, et même quelquefois déjà à cette période percevoir un amaigrissement des muscles thoraciques du côté malade.

Cette diminution de volume du thorax n'existe pas dans l'adénopathie et même nous avons vu qu'il pouvait se produire des voussures liées à la présence des ganglions hypertrophiés. Mais il est un signe qui sans être pathognomonique de l'une ou l'autre affection peut se rencontrer un peu plus fréquemment que les variations de volume du thorax.

Nous voulons parler de l'augmentation des vibrations vocales pendant la phonation, que la main simplement appliquée sur les parois thoraciques pourra faire constater. Ce phénomène a été signalé pour la première fois dans cette affection par le Dr Fonssagrives ; mais il a été rencontré également au début de la tuberculisation pulmonaire.

Quant à la transmission à l'index, enfoncé derrière l'é-

chancrure sternale des pulsations de l'aorte par l'intermédiaire des ganglions rétro-sternaux ou prétrachéo-bronchiques tuméfiés (1), ou même la palpation directe de ces ganglions présentant un développement anormal, ce n'est guère que dans les formes graves qu'on les rencontre, et ces phénomènes absolument propres à l'adénopathie très développée ne peuvent être comparés à aucun des symptômes initiaux de la tuberculisation pulmonaire.

Enfin le D^r Baréty affirme que la respiration bruyante peut être quelquefois, dans l'adénopathie, perçue par la palpation. La main appliquée sur la poitrine percevrait une sorte de vibration isochrone avec les mouvements respiratoires et produite par les râles. Il est d'ailleurs assez rare que ces derniers soient assez prononcés pour être perçus de cette façon. On peut donc considérer ce fait comme exceptionnel.

PERCUSSION

Si les renseignements fournis par la palpation n'ont pas une importance considérable, il n'en est plus de même de ceux que l'on peut se procurer en pratiquant une percussion méthodique. C'est qu'en effet, d'après Andral et Louis, elle fournit souvent dans la tuberculose les premières indications sémiologiques, surtout lorsque la lésion est cen-

1. Baréty, *loc. cit.* p. 165.

trale et limitée, et, dit Monneret « à l'aide de la percussion on obtient à toutes les périodes de la maladie les signes les plus distincts et les plus accusés. »

Son importance est d'autant plus grande que les troubles fonctionnels, dans un grand nombre de cas d'adénopathie, peuvent ne pas faire soupçonner l'engorgement des ganglions médiastinaux, et dans la tuberculose pulmonaire au début l'importance de ces troubles fonctionnels n'est pas toujours assez considérable pour attirer l'attention sur le sommet du poumon. Grâce à la connaissance qui nous a été fournie par M. Baréty de la distribution des ganglions intra-thoraciques, et de leur groupement en certains points, bien déterminés, que Guéneau de Mussy décrit sous le nom, de zones ganglionnaires, il est relativement facile de reconnaître si les altérations de la sonorité peuvent être rapportées à l'hypertrophie ganglionnaire. La localisation au sommet du poumon des lésions initiales de la tuberculose réduit également le champ d'exploration nécessaire au diagnostic, et limite à un espace relativement restreint la recherche des modifications du son. C'est surtout, dans l'immense majorité des cas, les fosses sus-épineuses et sous-claviculaires qui doivent être l'objet d'un examen attentif. Mais quelle que soit la région étudiée, on doit se rappeler que la percussion doit être pratiquée avec beaucoup de soin et de méthode, et qu'il s'agit souvent d'apprécier des nuances délicates, restreintes, dans la grande majorité des cas, à un espace peu étendu.

La façon de pratiquer la percussion n'est pas indifférente, et presque toujours on ne devra pas se contenter de la percussion pratiquée à l'aide du doigt. L'emploi du ples-

sigraphe dont se sert journellement M. le professeur Pelter (1) nous a toujours donné les meilleurs résultats tant au point de vue de l'appréciation des modifications de sonorité qu'à celui de la délimitation exacte des zones mates ou submates. Mais quel que soit le procédé employé, doigts ou plessimètre, on ne doit pas négliger de prendre un certain nombre de précautions, faute desquelles les résultats de l'examen sont modifiés. Dans la percussion de la partie antérieure du thorax, le malade doit reposer bien d'aplomb sur le dos, les bras symétriquement disposés le long du corps, et dans le relâchement musculaire le plus complet. La percussion, d'abord modérée, doit être pratiquée ensuite d'une façon plus énergique, et l'on ne devra jamais oublier de percuter alternativement les deux côtés de la poitrine pour rendre la comparaison plus complète.

Pour explorer la partie postérieure du thorax, le malade derrière lequel on est placé, est assis sur le lit, la tête légèrement inclinée en avant, les épaules portées dans la même direction, et les bras symétriquement disposés. Il doit éviter avec soin tout effort et toute contraction musculaire qui peuvent modifier la sonorité.

La percussion du sommet de la poitrine fournit chez les sujets sains des résultats importants à connaître et différents suivant les points que l'on examine. M. Lereboullet, dans le travail qu'il a publié en 1874, a étudié les différences de sonorité suivant les régions, et montré qu'elles existent à l'état normal avant l'apparition de tout phénomène stéthoscopique. La région antérieure ou sterno-clavi-

1. Trousseau. *Cliniques*, 5^e édition, t. III, pages 824 et suivantes.

culaire ne présente guère de particularités importantes. Mais en arrière, la percussion des apophyses épineuses et des lames des trois premières vertèbres dorsales fait percevoir un son d'une tonalité un peu élevée, moins fort, moins retentissant que le son sternal, moins obscur cependant que celui qu'on obtient au niveau de la fosse sus-épineuse (1). A partir de la quatrième vertèbre, qui correspond anatomiquement à la division des bronches, le son plus aigu dû à la présence de la trachée disparaît, et devient plus grave, plus profond, en rapport avec l'épaisseur plus considérable des poumons et leur voisinage plus immédiat du rachis.

Telles sont, chez l'homme sain, les particularités de sonorité que présente la percussion de la poitrine. Mais aussitôt que des lésions tuberculeuses prennent naissance dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire des modifications notables se produisent. La submatité ou même la matité apparaissent soit au-dessous de la clavicule, soit au niveau de la fosse sus-épineuse, soit dans l'aisselle. Cette matité peut exister des deux côtés dans les régions correspondantes, ou se présenter d'un côté sous la clavicule, et de l'autre côté, au niveau de la fosse sus-épineuse (matité croisée de Gerhardt). Dans le cas où la résonnance thoracique est inégale des deux côtés, on pourra hésiter à se prononcer sur le côté atteint et on se demandera si l'on a affaire à une augmentation de la sonorité de l'un des côtés ou à une submatité de l'autre. Souvent alors l'auscultation vient aider à trancher une question que la percus-

1. Lereboullet. *Recherches sur l'adénopathie bronchique considérée comme signe de début de la phthisie pulmonaire.* 1874.

sion seule ne pouvait résoudre ; mais même dans les cas où les signes stéthoscopiques font défaut et où la similitude du son avec la sonorité normale existant chez l'individu sain ne suffit pas, on peut encore arriver, sans l'aide de l'auscultation, à un résultat à peu près certain. Il suffit, suivant le procédé de M. Hanot, de percuter de bas en haut en comparant la sonorité de la partie inférieure avec celle de la région supérieure du poumon, tout en tenant compte des modifications anatomiques que nous avons signalées plus haut.

Outre l'existence d'une matité plus ou moins prononcée, un signe d'une grande importance a été signalé d'abord par Flint, puis par Trousseau et Woillez, et sur lequel Guéneau de Mussy a surtout insisté, c'est la modification de la tonalité du son, fourni par la percussion. Un certain degré d'induration pulmonaire entraîne une élévation de tonalité, le son devient plus aigu. La présence de tubercules conglomérés diminuant la quantité d'air alvéolo-lobulaire, le son de percussion est haut et tympanique, puis à mesure que la lésion fait des progrès et que l'expulsion de l'air devient plus complète, le caractère tympanique disparaît, le son reste élevé, mais il devient mat. L'exagération du son de percussion, à la première période de la phthisie pulmonaire, peut être tellement intense que pour Andral on pourrait croire à l'emphysème pulmonaire localisé. Woillez interprétait autrement ce phénomène, et pour lui ce tympanisme est dû à une légère condensation du tissu pulmonaire, analogue à celle que l'on rencontre dans la pleurésie au niveau du poumon légèrement condensé.

Les modifications du son pulmonaire ne sont pas les seules que la percussion puisse fournir. Nous voulons 'parler de la sensation tactile d'élasticité plus facile à percevoir qu'à décrire, mais qui est un des phénomènes de la première période de la tuberculisation pulmonaire et auquel Grisolle attachait une grande importance. « Dans beaucoup de cas, dit-il, la percussion fait entendre dans un point circonscrit et presque toujours sur la clavicule, dans la région sous-claviculaire ou dans l'aisselle, à la partie supérieure de la fosse scapulaire et plus souvent encore dans la fosse sus-épineuse, un son obscur n'existant ordinairement que d'un seul côté, ou du moins étant beaucoup plus marqué d'un côté que de l'autre. Quelquefois le son est conservé, mais le doigt qui percute a déjà la sensation d'une élasticité moindre. Ce caractère est dans bien des cas le seul signe physique qui puisse révéler l'existence des tubercules à leur début. »

Tels sont les principaux signes fournis par la percussion à la première période de la tuberculisation pulmonaire. On peut les rencontrer dans l'adénopathie, mais avec des caractères un peu différents. C'est qu'en effet au niveau des tumeurs ganglionnaires le son peut être également modifié dans son intensité, dans sa tonalité et dans son timbre. En général, il est plus faible, plus obscur, que dans l'état normal il peut même offrir le caractère auquel on a donné le nom de matité complète, *tanquam percussæ femoris*. Mais la présence de cette matité absolue est relativement rare, du moins dans les formes modérées. En général, on constate seulement un affaiblissement notable de la sonorité avec élévation de la tonalité, et comme l'a bien démontré Gué-

neau de Mussy cette modification du ton peut être plus accusée que celle de l'intensité du son.

L'étendue et les limites de la matité lorsqu'elle existe sont variables, elles dépendent de la situation respective des groupes ganglionnaires malades et dont la correspondance n'est pas constante ; tantôt une des régions ganglionnaires que nous avons étudiées dans le chapitre consacré aux notions anatomiques est moins sonore en avant et plus sonore en arrière, tantôt les deux côtés sont modifiés au même degré, Mais ce dernier fait est rare et en général l'adénopathie est plus commune du côté droit que du côté gauche.

La présence du son tympanique, constatée au sommet d'un des côtés de la poitrine, surtout en avant dans les régions sus et sous-claviculaires, est due à la compression par un groupe ganglionnaire d'une des principales divisions bronchiques. Guéneau de Mussy reconnaît comme condition déterminante de ce phénomène la diminution de l'aire respiratoire, mais admet que dans certains cas on peut l'attribuer à une complication d'emphysème, et cette opinion est intéressante à rapprocher de celle d'Andral qui l'attribue, lorsqu'elle existe dans la tuberculisation pulmonaire au début, à un emphysème localisé (1).

Les modifications d'élasticité, cette sensation sclérosique, cette résistance inégale au doigt qui fait en quelque sorte palper les indurations pulmonaires, et souvent avant même qu'elles se révèlent à l'oreille, manque en général dans l'adénopathie, si l'on excepte, bien entendu, les régions

1. Andral. *Clinique médicale*, 3^e édition, 2, IV, p. 249.

ganglionnaires. Si ce défaut d'élasticité existe, il est le plus souvent bien amoindri et nullement comparable ni par l'intensité ni par l'importance diagnostique à ce que l'on trouve si souvent dans la première période de la tuberculose.

Si nous comparons maintenant, au point de vue du diagnostic différentiel, les signes fournis par la percussion dans les deux affections qui nous occupent, nous pouvons les résumer ainsi.

Les altérations du son dans l'adénopathie ont leur maximum au niveau des régions ganglionnaires et vont en s'affaiblissant à mesure qu'on s'éloigne de ces régions. Dans la tuberculisation au début elles sont subordonnées au siège des tubercules, et se trouvent plus accentuées sans tenir compte du lieu d'élection au point où les lésions seront les plus confluentes. En un mot, quand les ganglions sont peu développés ou ne le sont pas, la matité en avant comme en arrière va en augmentant de l'axe du corps (sternum ou rachis) au moignon de l'épaule, dans le cas contraire, c'est l'inverse qui a lieu.

Chez les tuberculeux, la tonalité et la sonorité seront moins uniformes que chez les malades atteints d'adénopathie ; chez ces derniers, le défaut d'élasticité sous le doigt est bien moindre, lorsqu'il existe, que chez les individus atteints de tuberculose à la période initiale.

Dans les cas, rares d'ailleurs, où les lésions tuberculeuses siègeraient au niveau du bord antérieur du poumon droit contigu au sternum, et où la percussion pourrait faire croire à la dégénérescence des ganglions correspondant à

la zone ganglionnaire antérieure, les signes fournis par l'auscultation seraient tout à fait différents (1).

Enfin, les sensations douloureuses où l'apparition de quintes de toux provoquées par la percussion existent aussi bien, d'après M. Baréty (2), dans la tuberculose que dans l'adénopathie et n'ont rien de spécial à cette dernière affection.

AUSCULTATION

A la période de début de la tuberculisation pulmonaire et à une époque où la percussion ne donne souvent encore que des résultats négatifs, les signes fournis par l'auscultation se révèlent parfois avec des caractères déjà très tranchés. C'est dire toute l'attention qu'on doit mettre à leur recherche et toute l'importance qu'on doit y attacher aussitôt qu'on les a découverts. Tantôt les bruits normaux sont seulement modifiés, tantôt ces bruits sont masqués ou remplacés par des bruits anormaux connus sous le nom de râles.

Une des premières modifications que le bruit respiratoire éprouve, est un changement dans la durée relative des deux temps de la respiration, consistant dans une prolon-

1. Un cas du Dr Cardinal de Cauterets cité dans les clin. de Guéneau de Mussy, T. IV, p. 160.

2. Baréty, *loc. cit.*, p. 171.

gation du bruit expiratoire. Le murmure vésiculaire qui, à l'état normal, est pour le moins trois fois plus prolongé pendant l'inspiration que pendant l'expiration, présente une modification de ces rapports ; l'expiration devient de plus en plus sensible et finit parfois par égaler et même par surpasser par sa durée le bruit inspiratoire. C'est le phénomène connu sous le nom d'expiration prolongée, un des plus précoces de la tuberculisation commençante. C'en est également un des plus précieux si l'on tient compte cependant de ce que chez quelques individus absolument sains, l'expiration est normalement d'une durée plus longue à droite qu'à gauche, et que le murmure vésiculaire est naturellement plus intense de ce côté. Ajoutons que c'est peut-être pour cela que la prolongation pathologique de ce bruit est surtout évidente à droite et que les modifications qu'il subit doivent être plus appréciables de ce côté.

Très souvent, sinon ordinairement, l'expiration prolongée est précédée d'un signe moins constant et moins marqué, mais plus important que la faiblesse du murmure vésiculaire ou l'apparition de la respiration puérile que l'on constate plus tard, c'est la respiration saccadée. Elle est presque toujours localisée à une petite portion du poumon. Son siège de prédilection est la partie supérieure de la poitrine en avant sous les clavicules ou encore dans le creux sous-claviculaire, mais principalement en arrière dans les fosses sus-épineuses. Rarement elle existe des deux côtés à la fois, et dans la grande majorité des cas on la trouve plus souvent à gauche qu'à droite, tandis que le contraire existe pour l'inspiration prolongée. Au début, la respiration saccadée n'est pas toujours continue, elle peut

présenter des intermittences et se manifester à des intervalles plus ou moins éloignés ou même varier d'un jour à l'autre sous le rapport de l'intensité. Il en est de même pour ses caractères. La saccade respiratoire est plus fréquente dans l'inspiration que dans l'expiration, et l'inspiration peut elle-même se faire tantôt en deux temps, tantôt en trois temps et même davantage. C'est ce que M. le professeur Peter désigne sous le nom de *respiration ondulante* (1). Les saccades sont plus rares dans l'expiration et mieux perçues dans l'inspiration de moyenne force que dans l'inspiration très énergique ou très faible. Mais quels que soient les caractères qu'elle présente, cette inspiration saccadée est intimement liée à la présence de granulations dans le poumon, dont elle est ainsi cliniquement, suivant une expression que nous empruntons encore à M. le professeur Peter, « le premier indice dénonciateur. »

La diminution du murmure vésiculaire qui peut aller dans certains cas jusqu'à la suppression presque totale du bruit respiratoire n'a d'importance que si elle est partielle et surtout comparative. On doit n'y attacher d'attention que si elle siège au sommet ou si elle est plus prononcée d'un côté que de l'autre, encore faut-il qu'elle coïncide avec des modifications perçues par la palpation. C'est qu'en effet cette diminution du bruit respiratoire existe dans un grand nombre d'autres affections. On peut la rencontrer dans l'emphysème, la pleurésie, la bronchite, etc. De sorte que ce n'est guère qu'un symptôme de présomption.

1. M. Peter. *Leçons de clinique médicale*, t. II, p. 294.

Il en est de même pour ce type de respiration que l'on désigne sous le nom de respiration puérile, et qui n'est que le murmure vésiculaire plus bruyant, mais ayant conservé le caractère doux et moelleux de la respiration naturelle. La respiration puérile est d'ailleurs toujours limitée à une portion du poumon. Elle ne sert qu'en mettant sur la trace d'altérations caractérisées par d'autres symptômes plus positifs, et son importance pour le diagnostic est assez médiocre, « puisqu'en annonçant qu'il y a maladie elle n'en précise ni le siège ni la nature » (1).

Nous aurions terminé l'énumération des signes de la tuberculisation au début, dus à une modification des bruits normaux de la respiration, s'il ne nous restait à signaler l'existence d'un bruit râpeux désigné également sous le nom de froissement pulmonaire ou de respiration rude et coïncidant souvent avec le retentissement de la voix et de la toux. Cette rudesse respiratoire est ordinairement liée à un prolongement de l'expiration, et s'entend en général au point maximum où se perçoivent les autres signes stéthoscopiques, en avant sous la clavicule droite et près du sternum, et en arrière à la partie interne de la fosse sous-épineuse. Elle est surtout significative quand elle existe à gauche, mais indique simplement une induration pulmonaire, et peut se retrouver même au sommet dans la sclérose du poumon ou dans la dilatation des bronches. A ce titre, ce n'est donc pas un symptôme pathognomonique, d'autant plus qu'on sait qu'elle existe à

1. Barth et Roger. *Traité pratique d'auscultation et précis de percussion*. 9^e édition, p. 62.

un certain degré à l'état normal dans le point signalé plus haut, et que le volume de la bronche droite, sa longueur et sa situation sur un plan plus antérieur et plus rapproché de la paroi, jouent un grand rôle dans sa production.

Le retentissement exagéré mais non articulé de la voix, qui distingue la bronchophonie de la pectoriloquie, coïncide fréquemment avec la respiration rude et le souffle bronchique et accompagne souvent le retentissement de la toux. Elle s'entend au-dessus et au-dessous des clavicules, dans les fosses sus et sous-épineuses et dans l'aisselle, mais la présence de la bronchophonie dans bien d'autres altérations que les altérations tuberculeuses n'en fait un symptôme important qu'autant qu'elle coïncide avec un certain nombre d'autres signes.

Vers la fin de cette période initiale, et servant en quelque sorte de transition entre la première période et la seconde apparaît un signe majeur véritablement pathognomonique de la tuberculisation pulmonaire et permettant, lorsqu'on l'a constaté, d'affirmer la présence dans le poumon de granulations tuberculeuses. A ce titre, nous devons le signaler ici, car bien souvent c'est seulement après l'apparition de ces râles fins, de ces craquements secs que l'on peut éliminer le diagnostic d'adénopathie, ou du moins lorsque la présence de ganglions malades a été manifestement reconnue de ne plus les considérer que comme liés à la tuberculose. On doit alors faire rentrer ces cas dans ceux que M. Lereboullet décrivait comme symptomatiques d'une tuberculose au début. Ces craquements secs, souvent difficiles à percevoir, n'apparaissant maintes fois que dans les ins-

pirations forcées ou après quelques secousses de toux sont liés à une hyperémie, à une congestion du parenchyme autour de la granulation. C'est surtout dans l'inspiration qu'on les perçoit, mais ils peuvent exister aux deux temps de la respiration. La persistance de ces râles est un de leur caractères les plus positifs et s'ils cessent parfois d'être entendus, ce n'est jamais qu'un phénomène temporaire. Enfin ils peuvent être accompagnés, même à cette première période, de râles plus gros et moins secs ; nous n'insisterons pas sur ces derniers, car nous ne pouvons entreprendre ici l'étude complète de la symptomatologie de la tuberculisation pulmonaire, mais l'on sait quelle valeur diagnostique on accorde généralement en clinique à la « bronchite des sommets. »

Les modifications souvent considérables des bruits respiratoires, que l'on observe dans l'adénopathie trachéo-bronchique, se produisent de deux façons bien différentes. Tantôt les ganglions agissent sur les canaux aériens et les dépriment, tantôt ils se comportent seulement comme des corps bons conducteurs du son et sans exagérer les bruits stéthoscopiques « transmettent à l'oreille des sons normaux mais non habituellement perçus par elle (1). » Mais ces modifications n'en sont pas moins profondes et peuvent aller jusqu'à la suppression absolue du bruit respiratoire constatée dans tout un poumon.

Cette diminution considérable n'est pas d'ailleurs la plus commune, et dans le plus grand nombre des cas le mur-

1. Barthez et Rilliet. *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, 1854, Tome IV, p. 633.

mure vésiculaire du côté correspondant aux ganglions tuméfiés est seulement plus faible, plus rude et plus aigu que dans l'état normal. D'autres fois l'inspiration est plus forte, plus retentissante, elle a presque un timbre de souffle tubaire. D'ailleurs toutes les variétés de son peuvent être produites, les ganglions entourant parfois les bronches sans les aplatisir et renforçant ainsi les vibrations sonores, tout en en altérant le timbre. Dans le cas où l'aplatissement est absolu on constatera dans tout un côté une absence complète du murmure vésiculaire si c'est une des bronches primitives qui est comprimée, et dans une portion du poumon seulement s'il s'agit d'une des divisions bronchiques secondaires. Il en résulte, dans les parties voisines du poumon restées libres, l'apparition d'une respiration supplémentaire plus ou moins étendue.

Un sifflement inspiratoire qui ne se manifeste souvent que dans les grandes inspirations et dont l'intensité est rarement considérable a pu être quelquefois constaté. Le degré plus ou moins grand de compression de la trachée ou des grosses bronches expliquerait ces variétés d'intensité et on ne doit pas le confondre avec un bruit analogue qui a pour siège le larynx et qui peut se montrer également dans le cours de l'adénopathie. Dans les formes graves de l'affection, alors que les ganglions forment des tumeurs considérables, on observe quelquefois sous l'influence du sommeil ou du décubitus dorsal l'apparition d'un gros ronchus sonore et bruyant apparaissant avec l'inspiration et la terminant. Il constitue une espèce de cornage et coïncide ordinairement avec des accès d'oppression. Barthez et Rilliet le considèrent comme caractéristi-

que : « Il est entendu à distance, retentit dans toute la poitrine à l'auscultation et peut masquer le bruit respiratoire. Il diffère par son timbre et son intensité des râles ronflants et sibilants. Il est remarquable par sa persistance, tandis que le râle sibilant, résultant d'une simple bronchite, disparaît en général au bout de peu de temps et se déplace facilement » (1).

Le caractère de l'expiration n'est pas moins modifié que celui de l'inspiration. Loin d'être presque silencieux comme à l'état normal, le second temps de la respiration est remplacé par un souffle expiratoire qui porte quelquefois le nom d'expiration bronchique et qui peut varier non seulement dans son intensité, mais encore dans sa tonalité et surtout dans son timbre. Tantôt franchement tubaire, tantôt franchement caverneux, il peut dans quelques cas simuler le souffle amphorique (2). Ces variétés sont en rapport avec le degré de rétrécissement des voies aériennes et avec le développement de la masse ganglionnaire qui les enveloppe. Le plus ordinairement dans les cas modérés, l'expiration est seulement un peu prolongée ou soufflante, parfois elle se termine « par un gémissement roncheux ou par un sibilus qui semble en être le prolongement » (3). Cette transmission renforcée du bruit expiratoire est le plus ordinairement limitée à la région ganglionnaire, mais elle peut se prolonger au-delà, et être entendue dans la fosse sus-épineuse, dans l'espace interscapulaire et prendre dans le reste de la poitrine le caractère de l'expiration pro-

1. Barthez et Rilliet, *loc. cit.* Tome III, p. 627.

2. Baréty, *loc. cit.*, p. 175.

3. Guéneau de Mussy, *loc. cit.* p. 63.

longée ; mais d'une façon générale il est remarquable à la fois par sa persistance et sa sécheresse, quels que soient son timbre et son intensité.

Telles sont les principales variétés que l'on observe dans les deux temps de la respiration. On a pu constater encore une respiration saccadée plus fréquente pendant l'expiration, à l'inverse de ce que l'on observe dans la respiration saccadée du début de la tuberculisation pulmonaire, et lorsqu'elle existe il n'est pas rare de la voir accompagnée, suivant Guéneau et Mussy, d'une « tonalité ascendante » du bruit respiratoire. Cet auteur la rattache à une compression des bronches plus forte à la fin de l'inspiration ou de l'expiration, due dans le premier cas à la distension complète du poumon, et dans le second cas au resserrement complet des parois thoraciques (1).

La voix et la toux paraissent également modifiées dans leur timbre lorsqu'on ausculte le malade pendant qu'il parle ou qu'il tousse. Chaque mot articulé peut être suivi d'un léger souffle donnant ainsi naissance au type connu sous le nom de voix soufflée, et un retentissement spécial auquel Guéneau de Mussy a donné le nom d'écho de la toux, s'observe fréquemment dans les régions ganglionnaires. De plus, la transmission plus parfaite des sons par les ganglions indurés permet d'entendre de la bronchophonie, et Baréty aurait même constaté le retentissement et l'exagération du bruit produit par la déglutition au niveau des ganglions tuméfiés en auscultant successivement les deux régions scapulo-rachidiennes pendant que le malade avale un peu d'eau ou de salive.

1. Guéneau de Mussy, p. 62.

L'auscultation permet encore de reconnaître la présence de râles signalés par Fonssagrives et par Barthez et Rilliet, râles qu'il faut bien se garder de prendre pour une manifestation de la présence de tubercules et qui sont dus soit à la compression de la trachée, soit à la compression du pneumo-gastrique. Ils n'ont d'ailleurs avec les craquements secs que nous avons étudiés dans la tuberculose au début aucune analogie de timbre ou de siège. Ils sont en général bruyants et sonores, mais différent des râles ronflants et sibilants par leur persistance et leur timbre. D'autres fois, ce sont des râles humides qui peuvent, dans certains cas, donner à l'oreille la sensation d'un véritable gargouillement, mais qui le plus souvent sont beaucoup plus fins et existent surtout à l'expiration.

D'ailleurs, ces râles ne sont pas constants, et lorsqu'ils existent, on pourra difficilement les confondre avec les craquements secs, nettement limités au sommet, perçus surtout pendant l'inspiration et n'apparaissant qu'à la fin de la période initiale de la tuberculose, à une époque où d'autres signes ont déjà donné une grande valeur au diagnostic qu'ils ne font ainsi souvent que confirmer.

Il n'en est plus de même quand il existe de la respiration saccadée, bien que cette dernière soit infiniment plus fréquente dans la tuberculose au début que dans l'adénopathie. On devra se rappeler que dans ce dernier cas, c'est surtout pendant l'inspiration qu'on la constate et que la tonalité ascendante du bruit respiratoire n'a été signalée jusqu'ici que dans l'adénopathie trachéo-bronchique.

La bronchophonie peut être également rencontrée dans les deux cas, mais sa fréquence dans un grand nombre

d'affections rend son importance peu considérable, on devra cependant rechercher si elle est accompagnée de voix soufflée et d'écho de la toux.

L'importance de la diminution du murmure respiratoire est un excellent signe de la diminution du calibre ou de compression des bronches. Il peut, dans certains cas, aller jusqu'au silence complet et est en rapport avec le siège et le degré du rétrécissement des voies aériennes. Dans la tuberculose, il est rarement aussi prononcé et s'observe surtout au sommet.

La respiration puérile existe dans les deux cas et elle n'indique, nous le savons, qu'une seule chose : c'est qu'en un point le poumon respire mal ou ne respire pas, et qu'une autre partie de l'organe est le siège d'une suppléance respiratoire.

Les modifications de l'inspiration sont plus importantes et bien différentes dans les deux affections. Dans la tuberculisation pulmonaire au début, elle peut être inégale, saccadée, plus ou moins forte. Mais le véritable souffle bronchique n'existe pas d'ordinaire, la condensation pulmonaire n'étant pas encore suffisante pour le produire. Si chez quelques individus on trouve ce que l'on a appelé le souffle bronchique normal et qui n'est autre chose que la respiration naturelle perçue au niveau de la bronche droite, ce n'est qu'en dedans de l'omoplate droite et au niveau de la racine des poumons qu'on peut la rencontrer. D'ailleurs, il manque souvent, et lorsqu'il existe, on ne peut pas le confondre avec le sifflement inspiratoire si net bien qu'inconstant, ou le ronchus sonore terminant l'inspiration dans les cas graves d'adénopathie. D'autres fois,

l'inspiration peut présenter le bruit de succion ou être humée comme dans l'emphysème pulmonaire.

L'étude de l'expiration est plus importante encore, car des deux temps de la respiration normale c'est surtout le second qui est modifié. Dans nombre de cas, elle arrive à l'oreille avec l'apparence d'un souffle respiratoire contrastant avec le type saccadé de la tuberculisation pulmonaire au début. Elle peut, dans les deux maladies, être prolongée ; mais dans l'adénopathie, le bruit qui l'accompagne retentit dans tout un côté, ou dans une portion étendue du poumon, et maintes fois, elle est terminée par un gémissement roncheux qui n'existe pas dans la tuberculose pulmonaire. Les changements de son timbre peuvent être assez intenses pour simuler le souffle amphorique et faire croire à la présence d'une caverne pulmonaire. Bien que nous ne voulions nous occuper ici que de la tuberculisation au début, nous ne croyons pas devoir passer sous silence ce dernier caractère, un examen superficiel ou incomplet pouvant faire croire à une tuberculose indiscutable et même parvenue à la troisième période, alors que l'on n'a affaire qu'à un mode spécial de l'expiration ou à l'adénopathie. L'étude des symptômes généraux, l'examen des signes de percussion et d'auscultation de tous les points du thorax, l'absence de gargouillement, l'expectoration ou son peu de rapport avec l'état pathologique que le bruit anormal fait supposer, permettent de faire aisément le diagnostic. Nous omettons à dessein de parler ici des cavernes ganglionnaires et des signes qui peuvent permettre de les distinguer des cavernes tuberculeuses. Ce serait sortir absolument du cadre que nous nous sommes tracé, et le titre de notre

thèse n'implique que l'étude des signes différentiels de l'adénopathie trachéo-bronchique et de la tuberculisation pulmonaire au début. Nous croyons avoir suffisamment établi les différences de la respiration dans ces deux affections ; ajoutons seulement que la bitonalité du bruit d'expiration paraît appartenir en propre à l'adénopathie trachéo-bronchique.

DEUXIÈME PARTIE

APPAREIL RESPIRATOIRE

DYSPNÉE

La dyspnée du début de la tuberculose, antérieurement même à tout autre signe, a été signalée depuis longtemps. Différentes causes ont été invoquées pour expliquer sa présence, mais quoi qu'il en soit, et si son intensité est variable elle n'en existe pas moins très fréquemment.

L'oppression augmente sous l'influence des efforts, des émotions morales, de la réplétion de l'estomac, de la digestion, et beaucoup de malades la localisent à une certaine partie des poumons en y rapportant le siège de la maladie. Tantôt elle est graduelle, tantôt elle éclate tout à coup par accès semblable à ceux de l'asthme. Chez la femme, les accès de dyspnée coïncident assez souvent avec l'apparition des règles soit au début, soit à la fin de la période cataméniale. D'ailleurs la dyspnée manque souvent, alors même que les lésions tuberculeuses sont assez avancées pour faire défaut à cette période. On ne devra pas moins tenir grand compte d'une dyspnée dont la cause ne peut

être facilement reconnue ou rattachée par exemple à une lésion du cœur ou des gros vaisseaux.

Si la tuberculisation pulmonaire au début peut ne pas s'accompagner de dyspnée, il est rare qu'elle fasse défaut dans l'adénopathie trachéo-bronchique; mais dans ce cas elle se présente avec des caractères d'intensité et de fréquence variables suivant que les ganglions sont plus ou moins volumineux. La rapidité de leur développement n'est pas moins importante, et les effets produits varieront suivant que les tumeurs développées très rapidement surprendront pour ainsi dire le poumon ou que leur évolution lente et progressive laissera aux organes de la respiration le temps de s'habituer à leur présence.

Cette différence dans l'évolution de l'adénopathie permet de décrire à la dyspnée deux formes spéciales, l'une moyenne, en rapport avec une hypertrophie modérée des ganglions, l'autre intense, existant dans les cas que Guéneau de Mussy a groupés sous le nom de formes suffocantes. Nous les décrirons successivement.

Dans beaucoup de cas, la dyspnée d'intensité moyenne est le symptôme le plus saillant et le plus important de l'affection ganglionnaire, et peut précéder les autres symptômes. N'existant d'abord que dans les mouvements violents, les efforts, la marche sur un plan incliné, elle peut être un peu plus tard provoquée seulement par l'ingestion des aliments. Souvent le simple décubitus horizontal suffit pour la produire et même dans l'intervalle des crises les malades ne peuvent séjourner dans leur lit que la tête élevée. Ces crises peuvent être périodiques et simuler, dans certains cas, une attaque d'asthme, aussi bien que la dys-

pnée de la tuberculose. M. Lereboullet, dans le travail qu'il a consacré à l'étude de l'adénopathie considérée comme signe de début de la tuberculisation pulmonaire, a été amené à s'occuper de cette dyspnée qu'il a toujours constatée et a signalé son analogie avec la dyspnée asthmaticque. « Toutefois, dit-il, au lieu de constater une inspiration lente et suspirieuse avec convulsion des muscles inspireurs et abaissement du diaphragme, une expiration longue, lente, et suspirieuse, on constate une succession très rapide des mouvements d'inspiration et d'expiration, coïncidant avec une lenteur remarquable du pouls, sans cyanose, sans contraction exagérée ou durable des muscles inspireurs (1). »

Ces caractères de la dyspnée de l'adénopathie peuvent être modifiés par la multiplicité des causes qui la produisent ou des nombreuses complications qui peuvent s'y ajouter, et on ne rencontre pas toujours ces caractères si nettement tranchés. Baréty a même signalé des cas où on pouvait songer à une angine de poitrine. Ces paroxysmes ont pu être attribués à des poussées congestives qui augmentent le volume des ganglions, et qui se produisent à l'occasion d'un rhume ou d'un refroidissement. L'accumulation des sécrétions bronchiques et leur expulsion difficile, vu le rétrécissement des canaux aériens, y jouent peut-être un rôle important, ainsi que l'obstacle mécanique opposé par les ganglions à l'entrée de l'air dans les bronches.

Mais d'ordinaire les accès de dyspnée violente sont rares, sauf dans les cas de formes suffocantes où elle constitue

1. Lereboullet, *loc. cit.*, *Union médicale*, 1874, p. 857.

le caractère dominant. Son importance est alors telle qu'en l'absence de lésions pulmonaires ou cardiaques, elle doit faire songer nécessairement à l'existence d'un engorgement ganglionnaire. Elle atteint alors des proportions considérables, et pendant l'accès, la gêne respiratoire est portée à son maximum et peut faire croire à une suffocation imminente. Le tableau classique de la dyspnée poussée à ses extrêmes limites se présente. Le malade est livide, offre tous les caractères de l'asphyxie ; il se tient penché en avant, les yeux saillants et injectés, et sa respiration accélérée, haletante, met en jeu tous les efforts des muscles respirateurs. Les veines dilatées se dessinent sur la peau pâle et décolorée, les pommettes sont rouges, violacées, les lèvres turgescentes et livides, la peau est couverte de sueur. La teinte cyanique peut se généraliser, apparaissant plus intense au niveau des anciens vésicatoires, et surtout du côté droit de la face sur les parties les plus œdématisées. Dans ces cas, la respiration est le plus souvent accompagnée de ce ronchus sonore auquel Fonssagrives attachait tant d'importance, et que nous avons signalé plus haut, et la toux violente et quinteuse qui retentit avec violence est parfois suivie d'une expectoration spumeuse ou filante, à la suite de laquelle le malade peut éprouver un sentiment de soulagement.

Ces formes suffocantes dans lesquelles on peut trouver du météorisme, de la difficulté de déglutition et même du subdélirium, ne sont pas les plus communes, et sauf les cas d'insuffisance pulmonaire aiguë qui peuvent se présenter dans la tuberculose et sont alors liés à une congestion extrêmement intense, on ne pourra guère les

comparer avec la dyspnée de la tuberculisation pulmonaire au début.

Nous avons tenu cependant à signaler ces formes suffocantes de l'adénopathie parce qu'une attaque de dyspnée aussi intense peut succéder à une gêne faible, mais continue de la respiration, pouvant être attribuée aussi bien à une tuberculose latente qu'à une adénopathie trachéo-bronchique. Dans ce cas, et en l'absence de signes d'une congestion pulmonaire aiguë ou d'une cause de dyspnée aussi intense et facile à reconnaître, le diagnostic d'une adénopathie devra en quelque sorte s'imposer, si le moindre signe de l'affection, matité des fosses ganglionnaires, adénites multiples, etc...., a été antérieurement constaté.

Enfin, dans certains cas on peut observer dans les mouvements d'inspiration cette modification dans certains points de la paroi thoracique qui porte le nom de *tirage*. C'est un affaissement alternatif des parties molles de la paroi depuis l'ouverture supérieure du thorax jusqu'à l'inférieure. Cette dépression peut siéger au niveau des espaces intercartilagineux supérieurs et des creux sus-claviculaires, mais on l'observe surtout dans les creux sus-sternal et épigastrique.

La valeur diagnostique de la dyspnée modérée est moins considérable et les caractères différentiels du symptôme ne sont pas très importants. C'est surtout sa coïncidence avec d'autres signes d'hypertrophie ganglionnaire ou la présence du ronchus sonore inspiratoire qui peut éclairer le diagnostic. C'est qu'en effet dans les deux affections les caractères de la dyspnée sont presque identiques. Même

influence des efforts, de la fatigue ou de la déglutition, même fréquence à la fin de la journée ou pendant la nuit, souvent même intermittence, due dans un cas à la tuméfaction, dans l'autre liée à des poussées de congestion pulmonaire. Il est vrai que dans ce dernier cas les signes de percussion et d'auscultation, ainsi que les modifications de la température, permettent de rattacher la dyspnée à sa vraie cause. En un mot, dans les cas graves à forme suffoquante, valeur séméiologique considérable ; dans les formes modérées et en l'absence d'autres signes, valeur diagnostique à peu près nulle aussi bien dans l'adénopathie que dans la tuberculisation pulmonaire au début, sauf sa fréquence absolue plus grande, et l'influence du décubitus horizontal sur sa production, plus net dans les cas d'hypertrophie ganglionnaire.

TOUX

Un signe, qui dans la tuberculisation pulmonaire au début devance presque toujours les autres symptômes, en même temps qu'il est un des signes les plus constants de la maladie, c'est la toux. Bien qu'Andral cite un exemple remarquable d'un cas où, ainsi que l'expectoration, elle a fait complètement défaut pendant toute la durée de la maladie, cette absence est tellement exceptionnelle qu'on peut attacher à la toux même au début de la tuberculose, une valeur diagnostique considérable. Elle ne se présente pas d'ailleurs toujours avec les mêmes caractères, et peut passer inaperçue du malade, qui la rapporte souvent à une

irritation du larynx ou ne s'en inquiète pas autrement. Elle peut être violente ou faible, sèche ou accompagnée d'expectoration. Quelquefois elle présente les caractères qui permettent de la rapporter à une bronchite, mais le plus souvent elle répond à la description qui en a été donnée par Fournet : « Cette toux, dit-il, est brève, sèche, composée d'une seule saccade ou de deux tout au plus, produite sans presque aucun effort et comme naturellement, non accompagnée d'accès ni de sensation d'étouffement, surprenant quelquefois le malade au milieu d'une phrase ; hors de ce cas, elle s'échappe en quelque sorte de la poitrine par un petit mouvement convulsif presque sans que le malade s'en aperçoive ». Elle se produit surtout pendant la nuit, disparaît par intervalles et récidive sous la moindre influence. Enfin elle peut n'apparaître qu'au début de la seconde période, et manquer, comme nous l'avons dit, pendant toute la période initiale.

Les caractères de la toux ne sont pas moins importants à considérer dans l'adénopathie, bien que toutes les adénopathies ne soient pas accompagnées de toux. Elle manque rarement cependant dans les formes dyspnéiques, et plus rarement encore dans les formes suffocantes. Elle est en général, rauque, éclatante, férine, quelquefois elle prend un timbre analogue « à celui de la toux d'un vieillard atteint de catarrhe (1) » ; elle revient souvent par quintes qui peuvent être suivies d'une expectoration filante et même de vomissement. Les mouvements brusques, l'ingestion d'aliments peuvent les provoquer, et c'est surtout

1. Barthez et Rilliet, *loc. cit.*, p. 625.

le matin et le soir qu'on les observe ; elles sont parfois prolongées et accompagnées d'un gros ronchus entendu à distance. Enfin il n'est pas très rare que ces quintes présentent tous les caractères d'une quinte de coqueluche, avec suspension passagère des mouvements inspiratoires, congestion asphyxique de la face, et sifflement aigu dans la longue inspiration qui précède la reprise. Ces caractères sur lesquels a insisté Guéneau de Mussy, lui ont fait donner par cet auteur le nom de toux coqueluchoïde aujourd'hui universellement adopté.

Tantôt cette toux est persistante, tantôt elle revient par accès intermittents. D'autres fois elle se présente avec des caractères qui lui ont fait donner par le Dr Baréty le nom de toux rythmée. « Chaque secousse expiratoire, dit-il, est séparée de la suivante par une ou plusieurs inspirations, les intervalles sont régulièrement de deux à quatre secondes. Cette toux qui est sèche d'ailleurs se répète quelquefois pendant des heures, et fatigue plus ceux qui l'entendent que ceux qui en sont atteints » (1).

D'une façon générale la durée de cette toux est variable, elle peut persister pendant des mois et on l'a vue durer pendant trois ans (2). Elle peut être compliquée d'oppression parfois très intense, et des vomissements ont été fréquemment observés à la fin des quintes, nouveau point de ressemblance avec la toux de la coqueluche. Tous ces caractères donnent à la toux de l'adénopathie un cachet spécial très utile au diagnostic, et qui ne se retrouve pas

1. Baréty. *Nouvelles études sur l'adénopathie trachéo-bronchique*, p. 9.

2. Guéneau de Mussy, *loc. cit.*, p. 102.

dans la toux observée au début de la tuberculose pulmonaire.

Les dissemblances sont tellement considérables que quelques lignes suffiront pour montrer qu'on ne peut pas les confondre. Au début de la phthisie, toux sèche, brève se traduisant parfois seulement par un « hem » sonore ; elle passe souvent inaperçue ou du moins peut ne pas attirer l'attention. Elle n'offre pas de caractères particuliers et seule sa persistance, alors qu'aucune cause ne paraît l'expliquer, peut faire songer à des lésions tuberculeuses latentes.

Dans l'adénopathie, la toux manque rarement ; sa raucité, son timbre tout spécial frappent immédiatement. Il est impossible de la méconnaître, et aussitôt qu'elle se montre par quintes, accompagnées de congestion de la face et suivies de vomissement, qu'elle affecte en un mot les caractères de la toux coqueluchoïde, on ne peut plus songer, la coqueluche étant naturellement éliminée, qu'à une hypertrophie des ganglions médiastinaux. Il en résulte que les caractères différentiels de la toux dans les deux affections, s'ils ne constituent pas absolument à eux seuls une certitude suffisante, n'en sont pas moins pour le diagnostic d'une très réelle utilité.

EXPECTORATION

L'expectoration du début de la tuberculose pulmonaire n'a pas toute l'importance et toute la valeur presque pathognomonique de l'expectoration qu'on observe dans la troisième période de la phthisie, et qui permet souvent à la

vue du crachoir d'un malade d'affirmer en quelque sorte l'existence de lésions tuberculeuses déjà bien avancées. Mais elle n'en présente pas moins quelques caractères physiques intéressants à étudier et qui depuis longtemps ont attiré l'attention des observateurs. De plus la découverte par Koch de bacilles spéciaux a donné à l'expectoration de la période initiale une très grande importance, surtout lorsque le diagnostic est discutable, et ce cas se présente bien fréquemment dans l'adénopathie trachéo-bronchique. La lecture des chapitres consacrés par nous à la discussion des principaux symptômes en fait foi ainsi que les observations que nous publions à la fin de ce travail.

Si nous examinons d'abord les caractères physiques de l'expectoration au début de la phthisie, nous remarquerons que la quantité des crachats est variable et que d'une façon générale les adultes crachent beaucoup plus que les enfants et les vieillards. Louis avait signalé ce fait qu'enfants et vieillards avalent leurs crachats, et cette absence d'expectoration s'observe pour la même raison chez un certain nombre d'aliénés.

Lorsqu'elle existe, elle est d'abord constituée par des crachats rares, formés de salive mousseuse et d'un peu de mucus visqueux. Un peu plus tard la quantité de mucus augmente, l'expectoration devient blanche et opaque et reste un peu adhérente au fond du crachoir. Déjà à cette période elle peut de temps en temps renfermer quelques petits filets de sang qui attirent l'attention mais on voit combien en général elle offre peu de caractères spéciaux. Le professeur G. Sée a d'ailleurs rencontré ces crachats dans beaucoup de maladies, même dans celles qui n'ont

pas pour siéger les organes respiratoires, telles que la chlorose.

Dans l'adénopathie, l'expectoration peut faire complètement défaut même dans les cas graves. Rarement abondante, elle est le plus souvent rare. Tantôt séreux, visqueux, filants, les crachats sont d'autres fois spumeux, muqueux ou puriformes. On les a même vus dans certains cas légèrement striés de sang. C'est qu'en effet ces différences dépendent surtout des complications broncho-pulmonaires qui accompagnent l'adénopathie. Quand la compression de la bronche s'accompagne de congestion, l'hypersécrétion qui en est la conséquence sera souvent alors séreuse et spumeuse, ou filante et visqueuse comme une solution de gomme. Fonssagrives a vu dans un cas, de petits crachats arrondis, visqueux, très épais, rejetés tout d'un coup comme par une sorte de vomissement. Il attribuait ce mode particulier d'expectoration à une compression énergique des bronches amenant la rétention derrière l'obstacle des mucosités produites. Cette accumulation provoquait une dyspnée accompagnée de quintes de toux à la suite desquelles la contraction synergique de tous les muscles expirateurs amenait l'expulsion rapide. Enfin lorsqu'à une période plus avancée l'adénopathie s'est compliquée d'une perforation des bronches, on peut reconnaître des fragments de ganglions dégénérés, d'aspects divers, présentant quelquefois une teinte noirâtre, mettant sous les yeux la matière noire de ganglions ramollis. Liouville en cite un cas dans lequel le caractère de l'expectoration a permis de poser le diagnostic de sclérose anthracosique, forme spéciale de l'adénopathie.

On voit que d'une façon générale l'expectoration dans l'adénopathie n'a pas de valeur diagnostique. A part la seconde forme, dont nous venons de parler et où l'examen du crachoir permet de reconnaître des fragments de ganglions, on ne pourra en tirer aucun renseignement. On a même pu voir dans l'adénopathie, une quantité vraiment considérable de crachats être rendus, dans le courant de la journée, mais dans ces cas dont le D^r Tauchon (1) rapporte deux exemples, c'est à l'hypersécrétion des glandes salivaires, qu'on doit attribuer cette abondance exceptionnelle de l'expectoration, et les crachats rendus étaient constitués par de la salive presque pure.

Nous n'aurions donc qu'à terminer ce chapitre après la description de l'aspect physique de l'expectoration en nous contentant de mentionner ce fait qu'au microscope, à part la présence de fibres élastiques non constante, d'ailleurs à la première période de la tuberculose, les éléments que l'on rencontre sont à peu près les mêmes dans les deux cas, si depuis 1872 la découverte de Koch n'avait donné à l'expectoration du début de la phthisie une valeur diagnostique considérable. Nous ne pouvons pas donner ici une liste des nombreux auteurs, qui ont insisté sur l'importance de la recherche des bacilles dans les crachats des malades soupçonnés tuberculeux. Les travaux se sont succédé si nombreux, que leur énumération deviendrait fastidieuse, et nous renvoyons au travail du D^r Cochez (2) ceux qui dési-

1. Tauchon. *De la tuberculisation bronchique ou gangliophymie chez l'adulte*. Thèse de Paris, 1867.

2. Cochez. *De la recherche du bacille de la tuberculose dans les produits d'expectoration*. Thèse, Paris, 1884.

rent étudier l'histoire de la question. Ajoutons que de nombreux contradicteurs se sont élevés contre les affirmations des partisans de la doctrine microbienne et que tout en reconnaissant la valeur des travaux que nous venons de citer ils ont tenu à protester contre une généralisation trop rapide de conclusions un peu précoces. Sans vouloir citer ici les discussions dont a retenti la tribune de l'*Académie de Médecine*, nous devons signaler la communication faite en 1883 par MM. Malassez et Vignal, à l'*Académie des sciences*, au sujet de l'existence d'une tuberculose zoogléique sans bacilles (1). Plus récemment et bien qu'ultérieurement les auteurs soient revenus sur leurs conclusions, une communication a été faite à l'Académie qui prouve qu'il y a encore sur ce point un certain nombre de recherches à faire. Quoiqu'il en soit, la recherche des bacilles dans les crachats, à une période où aucun signe ne permet encore d'affirmer la tuberculose, est formellement indiquée. Exposer ici la technique de la coloration des bacilles serait sortir du cadre que nous nous sommes tracé et nous renvoyons aux nombreux ouvrages publiés sur ce sujet, en particulier au travail du Dr Cochez et à l'ouvrage de MM. Cornil et Babès (2), où l'on trouvera sur ce point tous les détails nécessaires.

HÉMOPTYSIE

Bien que l'hémoptysie soit très rare dans l'adénopathie, son importance diagnostique est telle dans la tuberculisa-

1. Malassez et Vignal. Académie des Sciences, 5 nov. *Archives de physiologie*, 15 nov. 1883.

2. Cornil et Babès. *Les Bactéries*, 2^e édition, Paris, 1886.

tion pulmonaire au début que nous avons cru devoir lui consacrer quelques lignes.

A la première période de la phthisie, l'hémoptysie est en effet assez fréquente. Souvent on la voit devancer de plusieurs mois les autres symptômes et quelquefois, dit Andral, « de nombreuses années s'écoulent entre l'apparition des premiers crachements de sang et l'invasion de la maladie. » Plus ordinairement elle débute avec les premiers accidents. Elle peut être unique ou se répéter à des intervalles plus ou moins éloignés, et apparaît tantôt subitement et sans signes précurseurs, tantôt et c'est le cas le plus ordinaire, le sujet éprouve depuis plusieurs heures ou plusieurs jours du malaise, des frissons, de la dyspnée, un sentiment de gêne, d'oppression, de chaleur dans la poitrine. Il se plaint d'horripilations, de palpitations, puis rejette en toussant une certaine quantité de sang. L'abondance de l'hémoptysie est variable, et sans être en général aussi considérable qu'à la troisième période de la tuberculisation pulmonaire dans les cas d'anévrysme caverneux, elle peut parfois être évaluée à quelques centaines de grammes. Chez quelques malades, les crachats sont à peine teintés de sang, chez d'autres, deux ou trois crachats sanglants sont rendus dans le courant de la journée. Enfin suivant que le sang a séjourné dans les bronches ou a été rejeté immédiatement, il est noirâtre ou vermeil et spumeux.

Tels ne sont pas les caractères de l'hémoptysie que l'on peut d'ailleurs si rarement observer chez les malades atteints d'adénopathie. Presque toujours liée à une complication pulmonaire, elle est, nous pouvons dire exceptionnelle, et

par cela même bien éloignée d'avoir l'importance de l'hémoptysie du début de la tuberculose. Les quelques cas d'hémoptysies plus ou moins répétées qui se montrent dans le cours de l'affection ont été attribués par Daga à la compression des vaisseaux pulmonaires (1). Mais les principales observations qui ont été publiées par Berton, Barthez et Rilliet, et Liouville se rapportent à une perforation d'une branche de l'artère pulmonaire et d'une bronche par un ganglion dégénéré. Dans ces cas l'hémoptysie a été foudroyante et l'on sait qu'elle peut également prendre ce caractère dès le début de la phthisie.

Mais si l'hémoptysie est exceptionnelle dans l'adénopathie, l'importance diagnostique du crachement de sang est d'autant plus considérable à la période initiale de la tuberculose. Le diagnostic hésitant peut faire place à une certitude presque absolue aussitôt que l'hémorrhagie pulmonaire se produit. Certes, beaucoup d'auteurs ne veulent y voir qu'un signe de probabilité en songeant à ces cas de congestion pulmonaire avec hémoptysie, ou la fréquence de ce symptôme dans les maladies du cœur. Mais outre que dans ces cas, il existe d'autres signes qui permettent de la rattacher à sa véritable cause, l'hémoptysie ne se présente pas avec les mêmes caractères que dans la tuberculose au début. Nous croyons que l'on doit, comme Grisolle, concevoir alors de sérieuses inquiétudes. « Une hémoptysie un peu abondante, dit-il, c'est-à-dire de 60 à 100 grammes de sang environ, survenant chez un sujet qui tousse, maigrit, a un peu de fièvre, ne permet guère de douter qu'il existe

1. Daga. *Recueil de médecine militaire*, 3^e série, T. XVI, p. 276 et 449.

des tubercules dans les poumons : disons même que l'hémoptysie qui n'a pas de pareils antécédents et qui survient au milieu des apparences de la santé, si elle n'est ni traumatique ni supplémentaire d'une hémorrhagie constitutionnelle, si elle n'est pas symptomatique de noyaux apoplectiques, d'une gangrène ou d'un carcinome des poumons, indiquera presque à coup sûr la présence de tubercules pulmonaires. L'hémoptysie est surtout un symptôme inquiétant lorsqu'à sa suite les malades toussent quelque temps, lorsqu'ils sont affaiblis et amaigris et qu'ils se rétablissent lentement » (1).

Nous n'avons rien à ajouter à la phrase de Grisolle. Elle résume admirablement toutes les causes d'une hémoptysie auxquelles on pourrait songer, et montre bien quelle importance sémiologique elle prend dans certaines circonstances. Lorsqu'elle survient chez un malade, où l'étude des autres signes peut faire hésiter entre le diagnostic de tuberculose au début ou d'adénopathie peu prononcée, elle indique de quel côté doit pencher le médecin. En un mot, si l'examen attentif du malade a permis d'écarter les autres affections qui peuvent lui donner naissance, on ne peut plus qu'éliminer l'adénopathie, et dans l'immense majorité des cas, sinon toujours, l'hémoptysie permet d'affirmer la présence de tubercules au sein du parenchyme pulmonaire.

1. Grisolle. *Pathologie interne*, Tome II, p. 542.

TROUBLES DU LARYNX. — MODIFICATIONS DE LA VOIX.

L'altération de la voix et les troubles du côté du larynx peuvent compter parmi les signes fonctionnels les plus précieux du début de la phthisie, qu'ils se rattachent directement à une de ces laryngites tuberculeuses, dites initiales par le professeur Peter, évoluant avant l'apparition de tubercules pulmonaires, ou à une de ces laryngites chroniques toujours suspectes, mais que les progrès de lésions thoraciques permettent seules de rattacher un peu plus tard à la phthisie pulmonaire.

Ces deux cas peuvent, en effet, se présenter. On peut n'observer que de l'aphonie, ou plutôt de la dysphonie ; la voix est discordante, bitonale, enrouée ; ces caractères persistent peu et n'ont pas alors grande signification, ou bien ces troubles se prolongent, se répètent à tous propos et doivent éveiller l'attention si on ne peut les rattacher à une des causes communes de la laryngite chronique. Quelquefois l'enrouement est léger, mais le malade ne peut émettre les notes aiguës (1). L'examen laryngoscopique pratiqué à cette période peut ne révéler qu'une injection catarrhale de la muqueuse laryngée ou une inflammation folliculaire, typique, marchant lentement, mais ne guérissant pas.

Dans d'autres cas, les troubles laryngés prennent rapidement un caractère grave. On assiste alors à l'évolution

1. Peter. *Dictionnaire encyclopédique*. Article *Larynx*, p. 632.

d'une phthisie laryngée, initiale, à marche plus ou moins rapide. La voix se voile ou disparaît complètement, la toux est éteinte ou éructante, suivant l'expression de Trousseau, son timbre et ses altérations sont en rapport avec celles de la voix, la dyspnée peut être intense et liée à un œdème de la glotte, la déglutition est douloureuse, enfin l'examen au laryngoscope, souvent gêné par les déformations de l'épiglotte, permet de constater les ulcérations, les œdèmes et les boursoufflements qui ne permettent pas de méconnaître le diagnostic.

Il n'en est plus de même dans les troubles laryngés survenant dans le cours d'une adénopathie trachéo-bronchique, et l'examen laryngoscopique ne fournit plus d'aussi utiles renseignements en mettant pour ainsi dire sous les yeux la lésion à laquelle on peut rapporter les phénomènes observés. C'est que, dans ces cas, c'est la compression des pneumogastriques ou de leurs branches par les ganglions tuméfiés qu'on doit incriminer. Les troubles laryngés sont en effet en rapport avec le degré de compression des cordons nerveux, degré qui peut être très variable. Depuis la faiblesse ou l'irrégularité de la fonction nerveuse jusqu'à l'aphonie absolue, il y a une foule de nuances correspondant à la faiblesse, à la raucité, à la fatigue de la voix, à son changement de tonalité et de timbre. La production du sifflement ou du cornage doit encore être rattachée à cette compression, et ce qui prouve bien que cette pathogénie est exacte, c'est que le jour où la voix redevient complètement normale, les signes d'engorgement ganglionnaires disparaissent ou s'atténuent.

Mais qu'on adopte cette théorie de la paralysie des cor-

des vocales liée à la compression nerveuse, ou que l'on attribue, comme le veut le docteur Gouguenheim (1), à la contracture des muscles de la glotte un certain nombre de ces symptômes, il n'en reste pas moins certain que l'adénopathie trachéo-bronchique s'accompagne bien souvent de troubles laryngés très divers et très importants. Dans un grand nombre de cas, la voix est rauque ou enrouée, quelquefois sourde et étouffée, parfois grêle et aiguë. L'émission des sons peut provoquer une sensation de fatigue, et les malades ne parlent qu'à voix basse. L'affaiblissement peut coïncider avec les altérations du timbre et aller jusqu'à l'aphonie absolue, après n'avoir été pendant un certain temps qu'un chuchotement sans rudesse.

Cette aphonie n'est pas très rare et de nombreux auteurs l'ont signalée. Elle peut être le premier phénomène de la maladie comme dans un cas cité par Fonssagrives (2), mais le plus ordinairement elle ne survient qu'à une période avancée. Elle peut être intermittente et reparaitre en même temps qu'une nouvelle compression des nerfs, liée à une augmentation de volume des ganglions due à une poussée congestive. Baréty cite même un cas où une malade devenait immédiatement aphone quand on comprimait la voussure du thorax correspondant aux ganglions tuméfiés. Le professeur Hayem a également publié une observation où l'aphonie subite était liée à une compression du

1. Gouguenheim. *Etude anatomique et pathologique des ganglions péritrachéo-laryngiens.*

2. Fonssagrives, *loco citato*, p. 15.

récurrent gauche par une tumeur ganglionnaire, le larynx étant absolument sain (1).

Bien qu'en général, la voix et la toux subissent des modifications parallèles, on a pu voir une toux rauque, aboyante, exister concurremment avec une voix claire, mais qui se voilait aussitôt qu'il y avait effort en parlant. Le docteur Baréty (2) attribue ces cas à l'énergie plus grande de l'effort expirateur servant à l'émission des sons, et déterminant une compression plus forte des ganglions sur les nerfs.

La durée des troubles vocaux dans l'adénopathie trachéo-bronchique est subordonnée à celle de la cause qui les produit ; ils peuvent être passagers ou se présenter pendant toute la vie, mais en général à l'encontre de ce que l'on observe dans la tuberculose, ils guérissent chez le plus grand nombre des sujets.

Il nous reste à signaler une modification de l'inspiration, bien différente de l'inspiration sifflante ou sibilante que nous avons étudiée dans le chapitre consacré à l'étude des signes diagnostiques fournis par l'auscultation. Dans certains cas qui paraissent liés à la compression des nerfs récurrents et qui ont été signalés ou reproduits par le docteur Ley (3) et plus tard par le docteur Hourmann (4),

1. Hayem, *Gazette hebdomadaire*, 1866, n° 7.

2. Baréty, *loc. cit.*, p. 194.

3. Ley. Observations sur l'inspiration rauque des enfants et sur ses rapports avec un état morbide des ganglions thoraciques et cervicaux (*Gazette méd.*, 1834, p. 593).

4. Hourmann. *Sur quelques effets peu connus de l'engorgement des ganglions bronchiques* (thèse de Paris, 1852).

on a constaté l'existence d'une inspiration rauque, sonore, d'un cornage survenant à la fin d'accès violents de toux et constituant parfois le phénomène final d'un accès intense de dyspnée.

Enfin un bruit de frôlement laryngé aurait été perçu par Legroux en même temps que l'aphonie et l'enrouement dans un cas de compression des récurrents par un paquet ganglionnaire (1).

On voit par l'exposé que nous venons de faire que dans la tuberculose au début comme dans l'adénopathie trachéo-bronchique il peut exister un certain nombre de troubles laryngés. Mais leur valeur séméiologique est aussi différente que leur pathogénie. Dans l'adénopathie, il y a une action à distance d'une compression locale et le laryngoscope ne révèle que la paralysie d'une corde vocale ou plus rarement la contracture des muscles glottiques. A la période initiale de la tuberculose, il y a localisation d'une affection qui peut évoluer plus tard dans le poumon et qu'il y ait laryngite simple ou laryngite tuberculeuse initiale l'examen laryngoscopique mettra sous les yeux du médecin les lésions dont nous ne referons pas la description et qui sont parfois si intenses. On voit donc quelle valeur donnera au diagnostic l'examen laryngoscopique qu'on devra toujours pratiquer. C'est qu'en effet de la disphonie à l'aphonie toutes les modifications de la voix peuvent s'observer dans les deux affections, bien qu'elles soient un peu plus fréquentes dans l'hypertrophie ganglionnaire que dans

1. Legroux. *Mémoire sur le diagnostic de la compression des nerfs laryngés, récurrents et pneumogastriques. Archives générales de médecine*, 1849, p. 491.

la tuberculose au début, mais en thèse générale alors même que l'examen de la poitrine est négatif, on doit se méfier des laryngites tenaces et se rappeler que le début de la phthisie par des accidents laryngés n'est pas un fait exceptionnel.

SPIROMÉTRIE

L'utilité du diagnostic de la tuberculose à une période où aucun signe physique ne révèle encore l'existence de lésions pulmonaires, a provoqué à une certaine époque de nombreuses recherches au moyen de la spirométrie. Hutchinson en Angleterre, Wintrich, Schneevogt en Allemagne, Bonnet, Faivre, Bergeon, Brouardel et Hirtz en France, ont tour à tour constaté dans la tuberculose au début une diminution de la capacité respiratoire. Mais les résultats n'ont pas répondu aux espérances que manifestait Lasèque dans sa revue critique sur la spirométrie (1) et soit à cause de la difficulté de l'emploi des instruments, soit à cause du peu d'exactitude des résultats fournis par la méthode, la spirométrie n'est pas entrée dans le domaine pratique. D'ailleurs la diminution de la capacité respiratoire existe également dans d'autres affections. Brouardel et Hirtz ont pu cependant constater au moyen du pneumographe de Marey que dans la tuberculose la fréquence des mouvements respiratoires était manifestement augmentée, leur amplitude diminuée et leur rythme inégal, et qu'enfin

1. *Archives de médecine*, 1859, p. 473.

comme on l'avait déjà signalé, l'inspiration est plus courte et l'expiration plus longue.

L'étude spirométrique de l'adénopathie trachéo-bronchique n'a pas encore été faite et peut-être pourrait-elle donner quelques résultats si l'on en rapproche un phénomène constaté et étudié pour la première fois par Guéneau de Mussy ; la diminution de l'expansion du thorax. Cette recherche a été faite au moyen d'un instrument auquel il donna le nom de pnéomètre. Le Dr Barèty qui plus tard eut l'occasion de se servir de cet instrument obtint des résultats identiques. Il considère ce défaut d'ampliation thoracique comme le premier degré rarement dépassé de la rétraction permanente du thorax. Mais les recherches se sont arrêtées là et actuellement on ne saurait tirer de ces faits aucune conclusion bien précise. Nous avons tenu cependant à les signaler, la constatation habituelle de cette modification de la respiration normale pouvant être utile dans certains cas.

APPAREIL CIRCULATOIRE

1° CŒUR.

Les troubles de l'appareil circulatoire, que l'on observe au début de la tuberculose pulmonaire, peuvent être rattachés, soit à la chloro-anémie, presque inséparable de la phthisie, soit à l'intolérance des pneumo-gastriques.

Dès le début de l'affection, les troubles chloro-anémiques font rarement défaut. Plus ou moins intenses, plus ou moins complexes, suivant les individus, on peut dire qu'ils existent presque toujours. Plus accentués chez la femme où ils s'accompagnent des troubles nerveux, dyspeptiques et menstruels, qui en forment ordinairement le cortège, ils sont, chez l'homme, généralement moins marqués. Toutefois, les malades sont pâles, affaiblis ; les muqueuses sont décolorées, les veines sous-cutanées, petites et à peine marquées. L'auscultation du cœur permet de reconnaître l'existence de souffles, tantôt dans toute la région précordiale, plus souvent à la base, et ces souffles, qui peuvent présenter toutes les variétés des souffles anémiques, au point de vue du siège et de l'intensité, s'entendent également dans les vaisseaux du cou. L'examen microscopique du sang a montré qu'il y avait diminution du nombre des globules rouges, et, des recherches chimiques de Walshe, il résulte que la fibrine est moins abondante, que l'eau et l'albumine sont augmentées, enfin que le sérum serait moins alcalin qu'à l'état de santé.

Mais il est un autre phénomène qui existe quelquefois en dehors des autres accidents anémiques et dont la fréquence est remarquable ; nous voulons parler des palpitations. Le professeur Péter les rattache à une intolérance de pneumo-gastrique, et leur consacre, dans ses cliniques, un chapitre spécial où il montre combien ces palpitations peuvent induire en erreur un médecin non prévenu (1). « Souvent, » dit-il, « vous serez consultés par des gens

1. Peter. Cliniques, tome II, pages 306 et 323.

« qui viendront à vous ne se plaignant que de leurs palpitations, ne vous parlant que de leur cœur dont ils se disent malades, et qui ne sont autres que des tuberculeux. » Tantôt, ces palpitations apparaissent sans cause, tantôt elles sont provoquées par les moindres efforts, par une marche un peu accélérée, ou par l'action de gravir une pente même peu rapide ou simplement un escalier. Elles peuvent suivre immédiatement les repas, augmenter par l'ingestion des aliments, et, dans ce cas, devenir extrêmement pénibles, ou bien survenir pendant la nuit, causer de l'insomnie, et coïncider avec une dyspnée plus ou moins intense.

On voit quelle importance peuvent prendre, au début de la tuberculose pulmonaire, les troubles de l'appareil circulatoire, et, notamment, ces palpitations. Mais, en outre, l'impulsion du cœur peut paraître augmentée, les bruits cardiaques étant transmis à travers le poumon à une plus grande distance qu'à l'état normal, et il n'est même pas rare de voir, chez quelques malades, la pointe du cœur battre avec violence et soulever la paroi thoracique. Ce retentissement exagéré des bruits du cœur constitue un signe important du début de la phthisie, car il dénote une induration et une condensation du parenchyme pulmonaire. A l'état physiologique, les bruits du cœur sont peu distincts sous la clavicule gauche, et on ne les entend pas sous la clavicule droite. La conductibilité de son, plus grande à mesure que la densité du poumon augmente, explique comment, au début de la tuberculose, on peut les entendre en ces points. On peut le constater alors même que la transformation pulmonaire n'est ni très intense, ni

très étendue. La percussion, pratiquée au moyen du plessigraphe, ne confirme pas d'ordinaire l'idée d'hypertrophie que peuvent faire naître ces signes, et la diminution de l'organe, si caractérisée à une période plus avancée, peut déjà être observée au début. Le pouls n'a pas non plus les caractères du pouls de l'hypertrophie cardiaque; il est seulement accéléré, même en dehors de toute poussée fébrile. Quant aux battements isochrones aux pulsations artérielles, observés dans les veines du dos de la main par M. le professeur Péter, outre leur exceptionnelle rareté, on ne les a constatés qu'à la période ultime de la phthisie; ils sont liés à des phénomènes d'asphyxie qui nous expliquent pourquoi le pouls veineux du dos de la main est un indice de mort très prochaine (1). Nous n'avons donc pas à nous en occuper ici.

Dans l'adénopathie, les troubles cardiaques proprement dits sont relativement peu importants et doivent être rattachés à la compression des pneumogastriques et du plexus cardiaque, dont la situation anatomique explique la production de certains faits liés au voisinage des ganglions médiastinaux. Au contraire, du côté des vaisseaux, les phénomènes mécaniques ont une grande importance au point de vue de la gêne de la circulation, notamment dans les veines. La compression des gros vaisseaux de la base du cœur déterminerait, a-t-on dit, une hypertrophie de ce viscère, mais les cas qui ont été signalés par Becquerel et Daga, ne sont pas absolument concluants, tandis que la prédominance de symptômes liés aux phénomènes de compression

1. Peter, *Cliniques*, tome II, pages 419 et suivantes.

des vaisseaux est indiscutable. On peut même rattacher à cette dernière cause la petitesse et la lenteur du pouls, et même sa variabilité qu'on doit rapprocher de ces cas, où le pouls étant normal d'un côté et petit de l'autre, on a reconnu une compression de la sous-clavière correspondante.

Le pouls, dont le nombre de pulsations peut tomber à 25 ou 28 par minute (1), n'est pas toujours ralenti, et, dans la grande majorité des cas, il est même accéléré, surtout pendant les crises dyspnéiques. La gêne de la circulation générale peut amener sa dépressibilité, et l'irrégularité qu'on a maintes fois observée peut aussi bien dépendre des troubles de l'innervation que de la pression exercée sur le cœur ou sur l'origine des vaisseaux par la masse ganglionnaire.

Des palpitations existent également quelquefois, mais elles n'ont ni l'importance ni la valeur de celles que nous avons étudiées plus haut et qui peuvent marquer le début de la tuberculose pulmonaire. On peut dire, d'une façon générale, que ces palpitations et les symptômes de chloro-anémie doivent faire davantage penser à une tuberculose latente, tandis que les variations du pouls et les signes d'hypertrophie cardiaque, lorsqu'ils existent, doivent, quand le diagnostic est hésitant, être plutôt rattachés à une adénopathie trachéo-bronchique.

1. De Bréventani, cité par Baréty, *loc. cit.*, p. 198.

2° VAISSEAUX

Si les troubles cardiaques proprement dits prédominent dans la tuberculose au début, les symptômes qui se rattachent à l'étude des vaisseaux l'emportent de beaucoup dans l'adénopathie. Nous avons dit qu'on doit les rattacher à un phénomène tout mécanique : la compression due aux ganglions tuméfiés. Cette compression peut s'exercer sur les artères et sur les veines, sur les vaisseaux de la circulation générale ou sur ceux de la circulation pulmonaire.

Nous avons signalé, dans le paragraphe précédent, les effets de la compression de l'aorte et des grosses artères qui en partent ; l'hypertrophie du cœur et les modifications du pouls y ont été rattachées, nous n'y reviendrons pas. Signalons seulement les cas d'hémoptysie foudroyante due à la perforation de l'aorte par un ganglion dégénéré communiquant en même temps avec les voies aériennes, hémoptysie que l'on pourrait, au premier abord, confondre avec une de ces hémoptysies foudroyantes de la tuberculose au début. C'est un cas, d'ailleurs, assez rare et on observe plus fréquemment des souffles variables. Dans un cas communiqué par le D^r Renaut au D^r Baréty, et publié dans la thèse de ce dernier (1), un ganglion volumineux aplattissait la crosse de l'aorte. Pendant la vie, on avait entendu un bruit de souffle systolique très intense, qui retentissait

1. Baréty, *loc. cit.* page 201.

sur toute la région précordiale et se propageait sur le trajet des vaisseaux. Il avait son maximum à la base, au foyer des bruits aortiques, où on percevait en même temps un frémissement vibratoire très prononcé. Une observation de M. le professeur Potain montre qu'on a pu croire à un anévrysme de l'aorte ou du tronc artériel brachio-céphalique, alors qu'il ne s'agissait que d'hypertrophie des ganglions médiastinaux (1). Enfin, on a prétendu qu'à la période initiale de la tuberculose, on entendait parfois sous les clavicules, mais plus fréquemment à gauche qu'à droite, un souffle artériel auquel un grand nombre de médecins anglais ont attaché une grande importance. Pour Kirker, Hope, S. Alison, Cotton, ce souffle serait le résultat de la compression des artères sous-clavières par des indurations tuberculeuses, et, par conséquent, un signe important de la tuberculose au début. Guéneau de Mussy l'a constaté dans l'adénopathie, et MM. Hérard et Cornil, qui l'ont également étudiée, déclarent que, pour eux, si ce signe doit être rapporté à la tuberculose, il constitue un signe infidèle qui ne leur semble pas avoir l'importance que lui ont accordée les auteurs anglais. Palmer, d'ailleurs, considérerait ce souffle comme physiologique, et peut-être pourrait-on le rattacher aussi bien à l'adénopathie qu'à la tuberculose. Il ne nous a jamais paru constituer un élément de diagnostic, ni se rencontrer plus fréquemment dans l'un ou l'autre cas. Nous nous bornons à le signaler, et nous croyons que des recherches ultérieures seront

1. Potain, *Bulletin de la Société anatomique*, 3^e série, VI, page 96.

nécessaires avant de décider quelle importance on doit lui accorder.

Quoi qu'il en soit, les souffles que l'on peut rattacher à une adénopathie trachéo-bronchique ne ressemblent pas aux souffles anémiques du début de la tuberculose. Ils n'ont, en général, ni leur douceur, ni leur siège, et surtout ne coïncident pas avec d'autres symptômes de chloro-anémie.

Les ganglions, en comprimant le tronc de la veine cave supérieure ou ses deux branches de division, peuvent déterminer une stase veineuse dans tout le département vasculaire qui vient y aboutir. A cette stase veineuse doivent se rattacher les bouffissures de la face, la teinte violacée et parfois livide des téguments, les œdèmes localisés, enfin, à un degré plus avancé, les dilatations veineuses.

La bouffissure de la face a été très souvent signalée, elle est généralisée ou partielle, et, dans ces cas, prédomine le plus souvent, du côté droit. Si la compression est plus énergique, on peut observer un véritable œdème débutant par les paupières et accompagné ou non d'un état violacé de la peau et de lividité de la face. Plus tard encore, on peut voir une distension des veines sous-cutanées, une turgescence des veines jugulaires, l'injection et la saillie des globes oculaires; mais ce degré est exceptionnel et ne s'observe que dans les cas graves. Il peut être provoqué par la position déclive, par des efforts quelconques, par des quintes de toux. Enfin, on a pu voir toute la partie supérieure du corps œdématiée dans les cas de compression très énergique de la veine cave supérieure.

L'œdème de la partie inférieure du corps, due à la com-

pression de la veine cave inférieure par les trois ganglions situés autour de l'orifice du diaphragme, par où elle pénètre dans le thorax, a été encore plus rarement observée. Mais, même dans ces cas, les œdèmes dus à la pression de gros canaux veineux ne pourront pas être confondus avec les œdèmes que l'on observe dans la tuberculose pulmonaire, mais presque toujours à sa dernière période et non au début. Le siège de l'œdème, sa localisation plus fréquente à la face, et surtout à droite, permettront d'en faire facilement le diagnostic. D'ailleurs, cet œdème est sujet à de nombreuses et grandes variations ; il peut augmenter ou diminuer d'un jour à l'autre ou plusieurs fois dans la même journée ; il peut être précédé ou accompagné d'épistaxis dues à une gêne de la circulation veineuse. Quant à l'hémorrhagie sous-arachnoïdienne, elle est si rare et reste si souvent latente qu'elle ne peut en aucune façon servir au diagnostic.

Les troubles de la petite circulation, pour être moins frappants que ceux de la grande, n'en existent pas moins, et pourraient même, dans quelques cas, égarer le diagnostic. En dehors des hémoptysies foudroyantes, dépendantes des lésions des vaisseaux pulmonaires, et se produisant par le même mécanisme que la perforation de l'aorte signalée plus haut, on peut observer une compression de l'artère pulmonaire donnant lieu à la production des signes de rétrécissement. Liouville, Salmon et Baréty ont publié des cas où la palpation révélait, à la partie supérieure et gauche de la poitrine, un frémissement intense depuis la deuxième jusqu'à la quatrième côte, surtout perceptible au niveau de la troisième côte. A l'auscultation, on entendait

un souffle systolique à maximum entre le deuxième et le troisième espace intercostal. Or, on sait que, d'une part, le rétrécissement acquis n'est pas rare chez les tuberculeux, et que, d'autre part, il peut exister avant tout autre signe puisqu'on a voulu faire jouer à ce rétrécissement congénital un rôle important comme cause occasionnelle de la phthisie pulmonaire. Si ces signes de rétrécissement pulmonaire coïncident avec un certain degré d'œdème du poumon dû à la compression des veines pulmonaires œdème dont le siège et l'étendue sont variables, et auquel Rilliet et Barthez attribuaient la faiblesse du murmure dans une certaine étendue de la poitrine ; si d'autre part, quelques petites hémoptysies liées à la même cause ont été observées, il sera difficile de ne pas songer à une tuberculose au début. Dans ce cas, c'est à la percussion attentive qu'on devra avoir recours ainsi qu'à la recherche minutieuse de tous les autres signes pouvant éclairer le diagnostic, qui seuls pourront faire rattacher une diminution localisée du murmure respiratoire, parfois mêlée de râles sous-crépitaux et d'obscurité du son, non pas à une tuberculose initiale, mais bien à l'adénopathie trachéo-bronchique.

APPAREIL DIGESTIF

Les symptômes fournis par l'examen de l'appareil digestif sont d'ordinaire assez accusés à la première période de la phthisie et peuvent précéder d'un temps plus ou moins

long les troubles des fonctions respiratoires. Andral et de nombreux auteurs ont en effet depuis longtemps signalé la fréquence des troubles gastriques au début, et les troubles digestifs peuvent même acquérir une importance considérable.

C'est d'ordinaire l'appétit qui fait d'abord défaut, s'éteint peu à peu, se réveille, puis disparaît complètement après ces alternatives. Une sensation excessive de soif peut coexister avec l'anorexie et Chomel attachait à cette particularité une grande importance. Les aliments gras et la viande éveillent un dégoût insurmontable, et chez la femme où la chléro-anémie s'observe souvent à cette période on peut voir sous l'influence de l'état général ces désordres s'accuser plus encore. A ce dégoût peuvent s'ajouter les nausées, les vomissements, le gonflement de la région épigastrique, des alternatives de constipation et de diarrhée qui constituent un état dyspeptique dont on méconnaît la cause en ne la rapportant pas à une tuberculose commençante.

Les vomissements, en particulier, ont au début de la phthisie une importance toute spéciale. Dans certains cas, ils se produisent indifféremment à tout instant de la journée, le plus souvent ils apparaissent après le repas sans que la quantité ou la qualité de nourriture ingérée paraisse avoir d'influence sur leur production. Les matières n'ont aucun aspect particulier et les vomissements ne paraissent pas électifs.

Souvent spontanés, les vomissements suivent ou accompagnent presque toujours les secousses de la toux. Cette relation a été surtout signalée par Morton qui y voit un

élément sérieux de diagnostic. « La disposition à vomir jointe à la toux, dit-il, est un des signes les plus certains de la toux phthisique. » Pidoux qui l'a également étudiée, a observé que ces vomissements se produisent surtout le soir après dîner, et a donné à la toux qui le provoque le nom de toux émétisante. Mais comme l'a fait remarquer Bourdon, la toux n'est pas seule en cause, car il n'y a même pas de nausées dans certaines maladies où la toux est beaucoup plus violente. Le pneumogastrique n'est pas étranger à la production du symptôme, d'autant plus que les nausées manquent souvent. Quoi qu'il en soit, les rapports de la toux et du vomissement n'en sont pas moins réels, et comme il n'y a guère, en réalité, que la coqueluche et la tuberculisation pulmonaire dans lesquelles ces deux symptômes soient associés, une déduction diagnostique en découle : c'est que tout malade qui n'a pas la coqueluche et qui vomit parce qu'il tousse a très probablement des lésions tuberculeuses des poumons.

Un autre symptôme dont nous ne dirons que quelques mots est la diarrhée qui peut exister dès le début et persister pendant tout le cours de la maladie. Elle n'a guère de valeur diagnostique que lorsqu'elle résiste à tous les traitements et qu'elle s'accompagne d'un dépérissement notable. Une diarrhée qui présente ces caractères, appartiendrait, d'après Grisolle, presque exclusivement aux phthisiques.

Les troubles dyspeptiques peuvent prendre une assez grande importance pour inquiéter le malade, traité jusqu'alors pour une gastralgie ou une simple dyspepsie. C'est qu'on aura pris pour une maladie essentielle ce qui n'était

que des désordres symptomatiques d'une tuberculisation pulmonaire latente. L'erreur est facile à commettre et M. le professeur Peter rapproche ces faits des cas où les palpitations ont été comme les troubles dyspeptiques, le premier signe de la maladie qu'il faut savoir reconnaître. « Rien n'est plus naturel que l'erreur en pareil cas, dit-il. Les malades ne vous parlent que de leur estomac et ne peuvent vous parler que de cela, qui seul les fait souffrir. Pendant des mois, plus d'une année parfois, ils sont considérés comme de simples dyspeptiques jusqu'au jour où une hémoptysie, par exemple, vient dénoncer la maladie véritable. » Mais, sans insister davantage, laissons de côté les autres phénomènes dus aux troubles digestifs, et notamment l'amaigrissement que nous étudierons en même temps que les symptômes généraux et dont nous n'oublierons pas de signaler la valeur diagnostique au début de la tuberculisation pulmonaire.

Examinons maintenant les troubles de même nature qui peuvent exister dans l'adénopathie et voyons en quoi ils diffèrent de ceux que nous venons de décrire. Deux symptômes particulièrement prennent une grande importance dans l'adénopathie : la dysphagie et les vomissements. La dysphagie n'est pas très rare, Guéneau de Mussy en a observé plusieurs cas.

Dans l'un l'on dut pratiquer le cathétérisme de l'œsophage pour s'assurer qu'aucun obstacle matériel n'arrêtait le passage des aliments (1). Mais en général elle n'est pas si

1. Guéneau de Mussy. *Clinique*. Tome IV. Observation XXIII p. 143.

prononcée, qu'elle accompagne les vomissements ou qu'elle se montre isolément et par intervalles. Les aliments solides surtout sont mal supportés ; et cela est facile à comprendre mais chez quelques malades les liquides même passent difficilement. Leur ingestion peut provoquer une sensation d'obstacle, de constriction très intense, on les a vu provoquer des accès de suffocation, et nous avons parlé de ces crises de dyspnée succédant aux repas et liées à la compression exercée sur les ganglions et par leur intermédiaire sur les bronches et les nerfs respirateurs lorsque les aliments traversent l'œsophage. La dysphagie n'est pas toujours douloureuse et ne peut pas être attribuée dans tous les cas à un spasme du pharynx ou de l'œsophage.

Le Dr Baréty cite une observation où on pouvait croire à une dysphagie paralytique plutôt que spasmodique. Enfin on a signalé pendant les repas un hoquet suivi de vomissements (1). Ces vomissements ont dans l'adénopathie une assez grande importance, car on les observe très fréquemment. Ils sont opiniâtres, répétés et peuvent être provoqués par la simple ingestion d'aliments. Comme dans la tuberculose, ils peuvent suivre les accès de toux spasmodiques ; mais ils sont en général précédés de nausées, bien qu'ils puissent se produire subitement. Leur fréquence peut être assez grande pour constituer le phénomène le plus saillant et le plus pénible de l'affection et M. le professeur Potain cite un cas où ils étaient tellement répétés qu'ils altéraient gravement la nutrition (2). En général ils ne sont pas en

1. Guéneau de Mussy. *Clinique*. Tome IV. Observation XXIII p. 138.

2. Potain. *Bulletin de la Société anatomique*, 1861.

proportion avec la violence de la toux, et les vomituritions, simple ébauche des vomissements, sont très-communes dans les mêmes conditions.

Guéneau de Mussy a également constaté chez un certain nombre de malades de la dilatation de l'estomac et s'est demandé si le volume et l'altération des ganglions qui entourent ce viscère coïncidant avec l'hypertrophie des ganglions médiastinaux ne jouait pas un rôle causal dans la production de cette dilatation. Il nous paraît plus rationnel tout en admettant la coïncidence possible de l'adénopathie et de la dilatation stomacale de rattacher plutôt cette dernière à la diathèse arthritique dont les sujets observés présentent de nombreux signes. Des travaux récents et en particulier les recherches de M. le professeur Bouchard nous autorisent à le faire. On a pu voir que les mêmes symptômes gastriques se rencontrent dans les deux maladies, mais dans la tuberculose l'état général nous le verrons plus loin souffre davantage de ces troubles et leur retentissement est beaucoup plus marqué. Quant aux vomissements l'identité de leur cause pathogénique qu'on admet aujourd'hui explique leur nombreux points de ressemblance. Seule, la dysphagie présente des caractères un peu particuliers. Assez fréquente dans l'adénopathie, on ne l'observe pas sauf dans les cas de phthisie laryngée initiale, au début de la tuberculose. C'est qu'en effet dans cette affection elle est due aux ulcérations de l'épiglotte, mais alors le passage dans l'arrière-gorge de parcelles d'aliments ou de quelques gouttes de liquide provoque des quintes de toux très-violentes, une véritable suffocation. On a vu que ces caractères ne se présentent pas dans la dysphagie liée à l'adéno-

pathie trachéo-bronchique ou elle est due en général à l'œsophagisme lié à l'irritation du nerf de la dixième paire.

SYSTÈME NERVEUX

Bien que les troubles nerveux jouent un rôle important surtout à une période avancée de la tuberculose pulmonaire, on peut les observer également à la période initiale.

Quelquefois les troubles de sensibilité prédominent, ce sont des hyperesthésies occupant des départements très différents de la surface cutanée, mais pouvant se manifester de préférence en certains points. Perroud (1) signale le point spinal au niveau des apophyses épineuses de la troisième ou de la quatrième vertèbre dorsale ; la douleur en ce point peut être assez vive pour gêner la marche ou le décubitus dorsal. Le point sternal, au-dessus de la base de l'appendice xyphoïde, est également un des plus constants ; la douleur qui s'y développe peut être atroce et comparable à celle de l'angine de poitrine. Ces hyperesthésies cutanées peuvent être accompagnées d'hyperesthésies musculaires obligeant parfois le malade à garder le lit. Les troubles d'anesthésie ou d'analgésie sont plus rares, surtout au début. Enfin les phénomènes décrits par Beau sous le nom de mélalgie, peuvent être contemporains des premières

1. Perroud. *De quelques phénomènes nerveux survenant dans le cours de la phthisie pulmonaire.* Lyon-médical, 1872.

manifestations thoraciques de la maladie, et dans ce cas auraient, par l'inaction à laquelle ils réduisent le malade, une influence déplorable sur l'évolution de la tuberculose.

Mais dans l'immense majorité des cas, c'est sous la forme de névralgies que se manifestent ces troubles nerveux, tantôt sous forme de sciatique comme M. le professeur Peter en a signalé plusieurs cas coïncidant avec le début d'une tuberculose, tantôt sous une autre forme.

Au premier plan doivent être placées les douleurs thoraciques qui existent dans les deux tiers des cas environ, se montrent souvent de très bonne heure et quelquefois même, dit Bourdon, constituent le premier de tous les symptômes de la phthisie. Elles présentent des caractères très différents. Quelquefois spontanées, elles sont, dans d'autres, cas provoquées par les mouvements de la respiration, les secousses de la toux ou par la percussion. Elles peuvent être fugaces, intermittentes, mal limitées, ou bien elles suivent un trajet distinct et sont alors extrêmement opiniâtres. On les a vues assez intenses pour contraindre le malade à se coucher de préférence sur le côté opposé au côté douloureux, mais ce qu'il y a surtout de remarquable dans ces douleurs thoraciques de la tuberculisation pulmonaire c'est, comme l'a fait remarquer M. le professeur Peter, leur siège, en général, asymétrique, et la marche graduellement descendante des lésions.

C'est qu'en effet ces douleurs sont liées à une névrite intercostale, manifestation d'une pleurésie des sommets, dépendante elle-même de la tuberculose pulmonaire, et que plus tard leur constatation dans des points plus éloignés indique « les étapes successives de la phlegmasie dans sa

marche envahissante. » La fréquence au début de la maladie de ces « points de côté supérieurs » de ces « douleurs du sommet » explique leur haute valeur diagnostique :

« Par tout ce que nous avons vu de sa raison pathogénique, dit M. le professeur Peter, la douleur des sommets de la poitrine est donc un des faits les plus nécessaires de la tuberculisation pulmonaire, il s'en suit qu'elle en est un des symptômes les plus constants, et par là un des signes les plus probants. Fiez-vous-y donc, cette douleur des sommets ne m'a jamais trompé » (1).

L'importance de ce symptôme n'échappera en effet à personne, d'autant plus que dans les formes modérées de l'adénopathie les douleurs du thorax ont un caractère différent. La pression sur la région thoracique qui correspond aux ganglions y développe parfois, quand ils sont malades, une sensation pénible de lourdeur, de poids, de douleur sourde, ne ressemblant aucunement à ces douleurs du sommet. On observe cette sensation pénible à la partie supérieure du sternum, mais elle peut s'irradier dans toute la poitrine, sans toutefois ressembler aucunement aux irradiations possibles à l'épaule et au diaphragme dans le cas de points de côté « rétro-sternaux » de certains tuberculeux.

Les troubles de sensibilité que nous venons d'étudier ne sont pas les seuls que l'on puisse rencontrer dans la

1. Peter. *Leçon de clinique médicale*, 3^e édition, 1880, t. I, p. 509.

tuberculose au début. M. le professeur Peter, convaincu que les troubles fonctionnels des pneumogastriques devaient être accompagnés d'une certaine douleur, l'a recherchée, et a constaté qu'en pressant en dehors du larynx, sur le trajet de la carotide primitive, c'est-à-dire sur le nerf pneumogastrique, on provoque une douleur qui parfois arrache un petit cri au malade. Cette douleur qui peut être spontanée n'existe habituellement que d'un seul côté, surtout à gauche, mais quelquefois les deux pneumogastriques sont douloureux.

Les nerfs phréniques peuvent également présenter les mêmes phénomènes ; une pression sur l'origine même de ce nerf, en avant du scalène antérieur, fait éprouver une vive douleur au malade. Ajoutons qu'il est assez rare de constater ces sensations douloureuses à la période initiale, et qu'on les a surtout rencontrées plus tard alors que le diagnostic est déjà indiscutable.

La pathogénie de ces modifications laisse supposer qu'on les rencontre également dans l'adénopathie, c'est en effet ce qui arrive. Les douleurs des phréniques ont été signalées par Guéneau de Mussy, qui les compare à celles qu'on observe dans la pleurésie diaphragmatique et dans la péricardite. Nous y joindrons un signe qui paraît lié à l'action des ganglions sur le grand sympathique, l'inégalité des pupilles. Baréty signale la mydriase, et Guéneau de Mussy le myosis. Ces variétés peuvent être attribuées à une différence de degré dans la compression, le myosis étant dû à l'action du moteur oculaire commun quand l'action n'est plus contrebalancée par celle du sympathique très comprimé, et la dilatation se produisant quand la tumeur irrite seulement

le nerf qui lui est contigu et provoque une exagération de son action.

On voit donc que les troubles du système nerveux sont différents dans les deux maladies. L'importance de la douleur sternale de l'adénopathie, n'est pas comparable à la haute valeur diagnostique de la douleur du sommet au début de la tuberculose, et sur laquelle nous avons insisté. Les autres modifications de la sensibilité sont secondaires, toutefois les modifications dans le diamètre de la pupille peuvent être rattachées presque exclusivement à l'adénopathie. Quant aux autres symptômes fournis par la compression ou l'irritation de pneumogastrique, tels que l'anesthésie laryngée, la dyspnée ou les vomissements, nous avons préféré les classer dans les chapitres où nous avons étudié les modifications de la voix, de la respiration, ou les troubles de l'appareil digestif. Nous signalons seulement en terminant les modifications de l'intelligence qui peut être atteinte dès le début de la phthisie. Nous étudierons d'ailleurs avec plus de détails dans la troisième partie de ce travail en même temps que les symptômes généraux, les accidents nerveux qu'on rattache souvent à la chloro-anémie et qui sont en réalité l'indice de la déchéance précoce du système nerveux sous l'influence de la diathèse.

SYSTÈME LYMPHATIQUE

La gêne de la circulation lymphatique et les symptômes que l'on y peut rapporter n'ont guère été constatés jus-

qu'ici que dans l'adénopathie, et l'on ne connaît pas de cas où la tuberculose pulmonaire, surtout au début, ait pu déterminer des troubles appréciables du côté de la circulation lymphatique. Même, dans les cas d'adénopathie, les symptômes que l'on a cru pouvoir rapporter à la compression du canal thoracique, sont discutables, et l'on peut attribuer à d'autres lésions organiques, l'amaigrissement excessif constaté chez les malades atteints d'oblitération du canal thoracique.

La gêne de la circulation lymphatique, par de gros ganglions situés sur des troncs déjà volumineux, paraît déterminer une sorte de faux œdème auquel on a attribué l'augmentation du volume des parties dont les lymphatiques afférents sont engorgés par la rétention de la lymphe. Dans un cas signalé par Guéneau de Mussy, le sein gauche avait subi depuis deux mois un développement anormal et était deux fois plus volumineux que le sein droit. Cet auteur attribue cette augmentation de volume à la présence d'un gros ganglion situé sous le grand pectoral et comprimant probablement les lymphatiques mammaires. D'ailleurs, il est probable que les veines étaient également comprimées et on doit faire la part de la stase veineuse. Ce fait montre bien qu'il y a là un point de pathologie non encore élucidé et qu'il est nécessaire de faire de nouvelles observations.

TROISIÈME PARTIE

TEMPÉRATURE

Il est assez rare que la fièvre présente dans la période initiale de la tuberculose l'intensité et les caractères qu'elle offre à une période plus avancée de la maladie ; elle peut même manquer tout à fait, et Louis estime à trois cinquièmes des cas ceux dans lesquels la fièvre n'apparaît qu'à la seconde période. Un cinquième des malades seulement présenterait dès le début des phénomènes fébriles, et chez un autre cinquième ils apparaîtraient à une date un peu plus éloignée, mais avant la production des symptômes de ramollissement.

Wunderlich et Sydney Ringer ne sont pas absolument du même avis, et leurs recherches, pratiquées au moyen de thermomètres, leur permettent de déclarer que la tuberculose donne toujours lieu à des modifications de température, permettant d'établir le diagnostic alors même qu'il n'existe ni signes physiques ni symptômes généraux.

Bilhaut, qui a pris pour sujet de sa thèse de doctorat les variations de température dans le cours de la phthisie (1),

1. Bilhaut, *Température dans la phthisie*, Thèse de Paris, 1872.

a toujours observé dès le début de l'affection une hyperthermie même en dehors de toute complication. Elle est en général peu considérable, et le thermomètre ne révèle pas une élévation de chaleur bien importante ; mais elle reste au-dessus de la normale chez presque tous les phthisiques.

La ligne d'ascension se fait quelquefois assez lentement et arrive graduellement au maximum. La fièvre reste alors stationnaire, ou bien sous une influence quelconque il se produit des rémissions ou des exacerbations. Les hémoptysies et la diarrhée peuvent être suivies d'un abaissement de température, mais il est en général peu considérable et la fièvre reparait de nouveau très rapidement.

« Pour résumer nos observations sur la température au
« début de la phthisie, écrit cet auteur, nous dirons que
« le thermomètre a été constamment au-dessus de la nor-
« male, que les hémoptysies n'abaissent le niveau du
« tracé que lorsqu'elles sont très abondantes et que la
« cessation de la menstruation a été suivie d'une éléva-
« tion de température.

Sous l'influence de quelque complication inflammatoire ou d'une poussée aiguë, la fièvre peut devenir rémittente ou subcontinue, mais en général elle est intermittente à types variables et sans atteindre dans la plupart des cas le degré qu'on observe plus tard lorsque la fièvre hectique s'est franchement établie, le thermomètre peut indiquer une élévation de température assez importante. En général; elle oscille entre 38°,5 et 39°,5 le maximum thermique est vespéral à l'inverse de la fièvre intermittente légitime et des sueurs souvent très abondantes en constituent par-

fois le dernier stade. Enfin le matin la température est souvent normale.

On peut donc considérer comme presque constante l'apparition de la fièvre au début de la tuberculisation pulmonaire et cette élévation de la température en dehors de toute complication constitue un élément important de diagnostic. C'est qu'en effet l'adénopathie trachéo-bronchique, lorsqu'il n'existe ni bronchite concomitante ni complication inflammatoire, n'est pas accompagnée de fièvre. Dans tous les cas où elle a été signalée on a pu constater soit par l'examen du malade, soit à l'autopsie l'existence de lésions auxquelles on devait la rattacher. N'oublions pas d'ailleurs que bien souvent l'adénopathie est symptomatique de la tuberculisation pulmonaire, et depuis les travaux de Lereboullet ce fait ne peut plus être mis en doute, mais il n'est pas moins constant que l'existence d'une fièvre continue, alors même qu'aucun signe physique ne permet encore de poser un diagnostic, doit attirer l'attention, et même dans les cas où l'adénopathie a déjà été reconnue, permet de soupçonner, en dehors de toute autre cause, l'existence de lésions tuberculeuses latentes et d'instituer une thérapeutique rationnelle.

Mais l'existence de la fièvre n'est pas le seul signe que le thermomètre puisse déceler, et nous possédons aujourd'hui, grâce aux travaux de M. le professeur Peter, un élément de diagnostic bien plus certain. L'honneur lui en revient tout entier, car notre maître est le premier qui appliquant le thermomètre à la recherche de foyers morbides primitifs et générateurs a pu montrer la corrélation entre cette température locale et la température générale et

tirer de cette double recherche de nouvelles déductions diagnostiques.

Nous empruntons aux chapitres des cliniques, où le rapport de l'élévation locale de la température avec la tuberculisation au début a été si bien mis en relief, l'exposé des résultats obtenus. « Dès qu'il existe des tubercules sur un point, dit M. le professeur Peter, la température locale s'y élève. Par exemple aux cas douteux encore de la tuberculisation pulmonaire, alors qu'on ne perçoit à l'aide de l'investigation la plus minutieuse comme la plus persistante, qu'une légère différence dans la tonalité et l'élasticité de la région, que de la sécheresse du murmure vésiculaire avec saccade respiratoire, dans ces cas douteux, dis je, le thermomètre révèle déjà une élévation de température qui peut aller de trois dixièmes de degré à 1 degré (1). » Mais quelques précautions doivent être prises avant de pratiquer ces recherches. Le malade ne doit pas être en sueur ou sortir d'un bain ; le thermomètre doit être appliqué à la partie antérieure du thorax, dans le second espace intercostal, la cuvette à deux ou trois centimètres du sternum, recouverte d'une couche de ouate et la tige parallèle à l'espace intercostal. Il est nécessaire de déprimer la peau et les muscles intercostaux de façon à mettre l'instrument en contact presque intime avec l'organe exploré, dont il n'est séparé d'ailleurs que par l'épaisseur parfois très-faible de la paroi thoracique au niveau de l'espace intercostal exploré.

Peter. *Leçons de clinique médicale*, 2^e édition, tome II, pages 430 et suivantes.

Dans ces conditions il y a élévation de température de cinq dixièmes de degré à un degré et même plus, et cette élévation de température est d'autant plus marquée que la lésion anatomique est plus considérable. Pour avoir une signification certaine, il est nécessaire que l'élévation locale de la température dépasse un demi degré, car il faut tenir compte des écarts physiologiques possibles, et étudier comparativement les deux côtés de la poitrine, la disparité de l'hyperthermie locale étant un des signes les plus probants d'une lésion tuberculeuse des sommets. L'hyperémie révélée par cette différence de la température explorée des deux espaces intercostaux similaires permet en effet de constater la présence d'une lésion, et si l'hyperthermie est constante ou n'offre que des variations insignifiantes, on est autorisé à affirmer l'existence de tubercules.

On doit donc, réciproquement, s'attendre à ne pas rencontrer dans l'adénopathie cette élévation de la température locale, et en effet nous rapportons dans une de nos observations où l'adénopathie trachéo-bronchique existait seule, le résultat de nos recherches. Dans le cas particulier, la température locale des sommets était à peu près la même, et ne différait que d'un dixième de degré, chiffre rentrant dans les variétés physiologiques ou dépendant d'une application moins exacte d'un des instruments (voir obs. I).

Des faits que nous venons d'exposer, il résulte que dans les cas douteux les modifications locales de la température doivent être recherchées avec soin, que l'examen thermométrique des espaces intercostaux supérieurs s'impose absolument, et qu'à tous les signes recherchés pour affirmer

l'existence d'une tuberculisation commençante, les chiffres fournis par le thermomètre forment, suivant l'expression de M. le professeur Peter « un complément indispensable et décidément révélateur. »

ASPECT EXTÉRIEUR

L'aspect extérieur des malades chez lesquels le médecin est appelé à se prononcer entre une tuberculisation commençante et une adénopathie trachéo-bronchique n'est pas à négliger. Bien qu'en général on doive avoir surtout recours à l'examen minutieux des différents appareils et qu'en particulier l'étude des organes thoraciques fournisse les principales indications, il n'en est pas moins vrai que le début d'une tuberculisation pulmonaire est souvent si insidieux et si variable qu'il est indispensable de tenir compte de tous les indices et de les rechercher partout.

Nous avons déjà parlé, à propos de l'inspection du thorax, de cette conformation spéciale de la poitrine marquée et signalée par les plus anciens auteurs. Le thorax n'est pas seul à présenter des caractères spéciaux, indice de la débilité des organes qui y sont contenus. Les membres sont souvent grêles, les muscles peu développés ; l'attitude est apathique, la démarche lente. Dans certains cas, l'aspect extérieur de ces malades justifie le mot d'infantilisme employé si justement par Lorain. Un arrêt de développement paraît avoir frappé le squelette et les muscles, et

l'état de maigreur que présentent ces sujets dont les doigts sont déjà hippocratiques fait diagnostiquer chez eux la tuberculose avant même que les lésions spécifiques aient permis d'affermir son existence.

Tous les tuberculeux ne présentent pas cet aspect, et la description d'Aretée ne peut s'appliquer indifféremment à tous les phthisiques. Souvent la maladie frappe des individus puissamment constitués, robustes et pleins de vigueur. C'est justement chez ceux-là qu'en l'absence de signes bien nets le diagnostic devient difficile, surtout si loin de marcher rapidement la tuberculose évolue avec lenteur et reste absolument latente.

Il est donc bon d'être prévenu de ces faits pour ne pas éliminer la tuberculose dans la discussion de cas où le diagnostic est difficile. Dans l'adénopathie, l'aspect extérieur ne fournit pas beaucoup de renseignements, on peut cependant rencontrer quelques particularités que nous devons signaler.

Un développement des vaisseaux superficiels, un œdème localisé, une bouffissure de la face accompagnée ou non de cette teinte cyanique sur laquelle Barthéz et Rilliet insistaient avec raison, peuvent appeler l'attention sur une hypertrophie possible des ganglions thoraciques. Si en même temps on remarque une saillie de la clavicule, si comme dans les cas graves les malades se tiennent sur leur séant, immobiles, la tête inclinée en avant, haletants et redoutant tout mouvement, si en un mot ils présentent cette angoisse profonde de la dyspnée intense on pressent immédiatement dans quels organes on devra chercher la cause de ces phénomènes. Mais dans la grande majorité

des cas quand il n'y a pas de dyspnée bien accentuée, l'attitude extérieure n'est pas très modifiée, on peut noter seulement des variétés de décubitus, le malade dans certains cas ne pouvant se coucher sur le côté sain, dans d'autres cas respirant difficilement quand il repose sur le côté malade. Ces modifications du décubitus paraissent se rapporter au degré de compression exercé par les ganglions sur les bronches. D'autres fois même le décubitus horizontal est pénible ou impossible.

Mais il est un autre symptôme qui, lorsqu'il existe, peut aider puissamment au diagnostic : l'existence d'adénites superficielles. Il est assez commun de voir des engorgements ganglionnaires extérieurs coïncider avec l'adenopathie trachéo-bronchique. On les rencontre surtout sur les côtés du cou, dans les régions sus-claviculaires, aux aisselles et aux aines.

Cette coïncidence est assez fréquente pour avoir attiré l'attention du Dr Baréty qui après n'avoir jamais constaté de ganglions au cou, dans le mésentère, et dans les autres parties accessibles sans qu'il y en eût dans la poitrine, s'est cru autorisé à affirmer que toutes les fois qu'il existe des ganglions engorgés, au cou, dans le ventre, aux aines et aux aisselles, il en existe également dans le médiastin (1).

Cette affirmation énoncée sous forme de loi ne perdrait pas de sa valeur s'il n'existait de ganglions extérieurs que dans l'abdomen et au cou.

Elle serait moins exacte, s'il n'y avait de ganglions qu'à la région cervicale, à moins que cet engorgement n'ait at-

1. Baréty. — *Loc. cit.*, p. 220.

teint les ganglions sus-claviculaires, surtout ceux de la partie antéro-interne et les ganglions cervicaux latéraux jusqu'à l'entrée du thorax.

On voit toute l'importance que peut prendre dans certains cas la constatation de ces adénites multiples. On peut y rattacher également, au point de vue de la valeur diagnostique, l'existence d'une bouffissure de la face, siégeant à droite, et coïncidant avec une dilatation veineuse. Les autres phénomènes dus à une dyspnée intense pouvant se rencontrer dans un grand nombre d'autres affections, sont moins utiles, sauf quand il est impossible, vu l'absence de signes, de les rattacher à autre chose qu'à l'adénopathie. Il en est de même pour l'habitus extérieur des malades soupçonnés d'être tuberculeux, on ne devra y attacher qu'une attention relative tout en en tenant compte dans une certaine mesure, car avant de se manifester par un ensemble de signes indiscutables, la tuberculisation pulmonaire peut rester bien longtemps latente.

Cette absence possible de signes pendant une période de temps très prolongée devra toujours être présente à l'esprit du médecin, qui en présence d'individus offrant l'aspect extérieur que nous avons décrit devra toujours attendre avant de se prononcer et réserver son diagnostic.

ÉTAT GÉNÉRAL

Après avoir étudié les différences que l'on observe dans l'état général des malades dans l'adénopathie et dans la tuberculose au début, nous aurons terminé l'étude comparative des différents symptômes que l'on peut rencontrer dans les deux affections. On pressent immédiatement qu'à ce point de vue, nous aurons peu de choses à dire de l'adénopathie, affection toute locale, qui peut, il est vrai, retentir à distance, mais qui, le plus souvent n'intéresse l'état général des malades que par les complications qui peuvent survenir. Il n'en est plus de même quand on s'occupe de la tuberculose pulmonaire. Même à la période initiale le retentissement des lésions tuberculeuses, même quand elles sont limitées au sommet, est parfois considérable, et l'état général des malades est la plupart du temps profondément modifié. Ces modifications sont sous la dépendance d'un grand nombre de facteurs, elles sont en rapport avec la fièvre, avec l'intégrité des fonctions digestives, avec la marche plus ou moins rapide de la maladie.

L'amaigrissement peut dès le début être prononcé, indépendamment de toute cause accessoire telle que les vomissements, cause sérieuse de dénutrition quand ils se répètent fréquemment. L'anorexie est opiniâtre ; en même temps les forces diminuent. Une faiblesse dont les malades ne peuvent se rendre compte les inquiète, les masses musculaires et les articulations deviennent douloureuses au

moindre effort. Puis l'anémie fait des progrès et tous ses symptômes apparaissent. Chez la femme les troubles menstruels sont constants et l'aménorrhée survenant sans cause doit toujours faire songer à une tuberculose commençante. Chez l'homme, des changements dans les aptitudes génitales surviennent, les pertes séminales et l'anaphrodisie sont communes. Le caractère du malade s'aigrit, il devient hypochondriaque, mélancolique. L'intelligence diminue et une rapide fatigue intellectuelle accompagne la fatigue musculaire. Plus rarement l'intelligence est comme surexcitée et des périodes de dépression succèdent à cette excitation temporaire.

Tels sont en quelques mots les modifications générales de l'organisme. Elles n'ont pas toutes la même importance au point de vue du diagnostic, mais pour peu qu'un symptôme plus net apparaisse, qu'une toux sèche, persistante, survenue sans cause appréciable, par exemple, coïncide avec un amaigrissement rapide, il sera impossible de ne pas songer à la tuberculose pulmonaire.

On doit tenir compte cependant de ces cas où les lésions pulmonaires n'existant pas, l'adénopathie trachéo-bronchique, par son développement considérable, peut donner lieu à un ensemble de symptômes généraux qu'il ne faut pas méconnaître. On les retrouve aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, et ils constituent quelquefois cet ensemble symptomatologique que l'on a désigné sous le nom de phthisie bronchique. C'est alors que le diagnostic devient d'une extrême difficulté et que la discussion de tous les symptômes étudiés en détail peut seule donner la clef de ces phénomènes et permettre de rattacher à la

dégénérescence ou à l'hypertrophie ganglionnaire l'état général quelquefois si grave des malades observés. Mais ces cas ne sont pas très fréquents, ou, lorsqu'ils existent, bien souvent l'examen clinique peut être impuissant, et l'autopsie seule révéler la cause de la cachexie à laquelle a succombé le malade. Le plus souvent l'adénopathie ne retentit pas au même degré sur l'état général, ou du moins c'est surtout quand des complications surviennent que l'état du malade peut s'aggraver. Des vomissements répétés, une dysphagie intense peuvent être la cause d'une dénutrition rapide et d'un amaigrissement profond. La dyspnée fréquente ou continuelle et la privation de sommeil qu'elle entraîne ont également une influence grave et rapide sur l'état général, mais à l'inverse de ce qui se produit dans la tuberculose au début, cette modification de l'état général peut être rattachée à une cause. Nous éliminons naturellement ces cas où l'adénopathie est symptomatique d'une lésion tuberculeuse, et dans lesquels on doit rapporter tous les symptômes généraux, non plus à l'hypertrophie ganglionnaire, mais à la cause même de cette hypertrophie. Quand l'adénopathie n'est pas de nature tuberculeuse, on ne remarque pas d'ailleurs ces troubles génitaux qui chez la femme sont bien souvent la première manifestation de la tuberculose latente, et, quand on doit rattacher l'adénopathie à une affection générale, rougeole, fièvre typhoïde ou syphilis, par exemple, la cause de la débilité du malade, dépendante de ces maladies, sera facilement reconnue et ne sera plus attribuée à une tuberculose latente.

MARCHE ET DURÉE

Dans bien des cas où le diagnostic ne peut être fait par l'étude des symptômes, la marche et la durée des accidents ne tarderont pas à trancher la question. Dans la tuberculose, il est rare de voir la forme latente persister au-delà d'une certaine période sans qu'il se manifeste quelques signes importants, hémoptysie ou variations brusques de température, toux ou douleurs des sommets. On peut dire que le cas rapporté par Laënnec, où la tuberculisation pulmonaire serait restée latente pendant dix ans, est absolument exceptionnel.

On peut, il est vrai, la méconnaître, mais même dans la phthisie à marche très lente, l'apparition de signes ne tarde pas en général à fournir de solides éléments de diagnostic. Ce qu'il faut surtout éviter, c'est de laisser l'attention se détourner du siège principal du mal par la coïncidence d'autres phénomènes morbides d'abord plus saillants, tels que l'anémie, la bronchite, la dyspepsie ou des accidents laryngés. La réserve est alors à bon droit commandée ; mais la marche de ces phénomènes ne tarde pas en général à en démontrer la véritable cause, et la progression continue de la maladie dans laquelle les temps d'arrêt sont rarement très prolongés, en constitue un caractère important. Au contraire, dans l'adénopathie trachéo-bronchique, outre la très longue durée de l'affection en rapport avec la cause pathogénique, la mobilité des altérations est très grande

et doit frapper le médecin. Les symptômes les plus-graves et les plus pénibles peuvent diminuer, disparaître même avec une très grande rapidité. Sous l'influence du traitement, du repos, ou au contraire d'une fatigue, d'une cause d'inflammation quelconque, on reconnaît que les ganglions augmentent ou diminuent de volume. Ces fluctuations expliquent la mobilité et la variabilité des symptômes qui dépendent des adénopathies du médiastin, alors qu'une simple congestion augmentant la pression que les ganglions exercent sur les organes voisins peut provoquer des troubles fonctionnels graves. Ces accidents, et en première ligne les crises de suffocation, peuvent se produire chez tous les malades, mais les enfants y sont particulièrement sujets, l'étroitesse relative de la cage thoracique les exposant plus que les adultes au retentissement sur les organes qui y sont contenus de l'hypertrophie passagère.

Cette longue durée et ces intermittences sont un des caractères importants de l'adénopathie. Il nous suffit, sans insister autrement, de l'opposer à la marche continue de la tuberculisation pulmonaire pour en montrer les déductions que l'on en peut tirer au point de vue du diagnostic.

RÉSUMÉ

Après avoir étudié successivement les signes diagnostiques fournis par l'examen du thorax, par l'étude des différents appareils, enfin par la comparaison de l'état général, nous nous croyons autorisé à affirmer qu'il est possible, même dans les cas difficiles, de diagnostiquer l'adénopathie trachéo-bronchique de la tuberculose au début. Les différences que l'on peut constater dans chaque cas ont été signalées à la fin de chacun des chapitres ; nous avons préféré mettre immédiatement sous les yeux l'exposé des faits, au lieu de les réunir à la fin de notre travail en un groupe, peut-être plus facile à embrasser d'un coup d'œil, mais qui nous aurait forcément exposé à des redites que nous avons voulu éviter.

Nous n'avons pas la prétention de n'avoir rien laissé de côté ; il reste toujours dans une question de cette nature un certain nombre de points de détail qui nécessitent des recherches longues, qu'il nous a été impossible de faire. L'étude de la spirométrie, en particulier, nous a paru devoir être reprise, et nous croyons que l'on pourra, dans cette voie, recueillir des notions nouvelles et arriver à des résultats probants ; mais il faut tenir compte de la rareté relative des cas observés dans les hôpitaux. Bien souvent l'adénopathie trachéo-bronchique n'est reconnue qu'à l'autopsie, ses symptômes n'ayant pas été assez nets pour attirer pendant la vie l'attention sur l'hypertrophie gan-

glionnaire. Dans d'autres cas, on la rattache facilement à la maladie qu'elle accompagne et on ne la confond pas avec la tuberculose au début.

Enfin, il ne faut pas oublier que de toutes les conditions pathogéniques qui produisent l'adénopathie trachéo-bronchique la plus commune est justement la tuberculose, et que la lésion ganglionnaire peut être une des premières manifestations de l'affection pulmonaire. Dans ces cas, c'est le plus souvent à l'adénopathie que l'on a affaire et la ressemblance des symptômes que nous avons dû si souvent signaler est telle, qu'elle explique leur confusion presque constante.

Dans ces conditions, il est assez difficile de réunir un grand nombre d'observations, non pas à cause de la difficulté indéniable de diagnostic, mais bien parce que la possibilité d'une erreur ne se présente pas à la pensée du médecin. Et pourtant combien de fois rattache-t-on à une tuberculose latente les symptômes isolés que l'on constate, en réservant seulement l'affirmation absolue ou en l'ajournant à une date ultérieure. Et réciproquement, dans combien de cas n'a-t-on pas vu un médecin, après la constatation d'un état général plus ou moins grave, en présence d'une toux opiniâtre concordant avec une diminution notable de la sonorité thoracique, affirmer absolument l'existence de la tuberculose au début, émettre un pronostic grave, et cependant voir guérir rapidement le malade alors que celui-ci semblait devoir succomber aux progrès croissants de la maladie. C'est qu'on a eu affaire, dans ce cas, à une adénopathie trachéo-bronchique non diagnostiquée, erreur qui donne l'explication du « miracle », et qu'on

aurait pu éviter en se rappelant que similitude de symptômes n'est pas identité et que, dans l'immense majorité des cas, le diagnostic est possible.

Certes, il est difficile de nier la grande ressemblance que présentent les symptômes, et beaucoup d'entre eux qui sont donnés comme caractéristiques de l'adénopathie se rencontrent également dans la tuberculose au début : la diminution du murmure respiratoire et sa rudesse, l'expiration soufflante et quelquefois saccadée, enfin l'augmentation des vibrations thoraciques, au sommet de la poitrine, appartiennent également aux deux affections ; mais il ne faut pas oublier que la constatation des signes locaux de l'adénopathie indique la possibilité de l'absence de toute autre lésion, que la détermination de leur maximum au niveau de la région ganglionnaire établit une forte présomption en faveur de leur origine adénopathique, enfin que la présence d'adénites multiples doit faire naître l'idée d'une hypertrophie concomitante des ganglions médiastinaux. Dans les cas douteux, on ne devra jamais négliger d'explorer la température locale ; nous n'insisterons pas sur l'extrême utilité de cette recherche, nous en avons fait suffisamment ressortir la valeur dans le chapitre spécial que nous lui avons consacré. Il nous suffira de dire que la possibilité d'une erreur devant être toujours présente à l'esprit la recherche de l'hyperthermie locale s'impose dans tous les cas, même quand le diagnostic paraît indiscutable.

Les symptômes généraux ne sont pas non plus pathognomoniques d'une tuberculisation pulmonaire, nous avons montré que dans certains cas l'affaiblissement général et

l'amaigrissement peuvent se rencontrer dans des cas d'adénopathie et être liés aux troubles produits par l'hypertrophie ganglionnaire gênant les fonctions des organes et modifiant l'action physiologique des différents appareils. Mais nous devons avouer que les signes fournis par l'examen de ces derniers sont d'une utilité secondaire au point de vue du diagnostic. L'adénopathie trachéo-bronchique est et restera toujours une maladie à symptômes surtout thoraciques. C'est avec les formes ou les symptômes de la période initiale de la tuberculose prédominant du côté de la poitrine qu'on pourra surtout la confondre, et c'est à cause de cette localisation que, comme nous l'avons dit au commencement de ce travail, nous n'avons pas pu nous occuper des formes multiples que prend la tuberculose au début. Et cependant si nous ne nous sommes pas borné à étudier seulement le diagnostic différentiel de l'adénopathie trachéo-bronchique avec la tuberculose du sommet, c'est que nous avons remarqué qu'un grand nombre des symptômes de l'adénopathie se retrouvait dans la première période de la tuberculose et qu'il nous a paru intéressant de les comparer. Nous avons été amené à effleurer forcément la question des formes diverses que revêt à la période initiale la tuberculisation pulmonaire. En parlant des troubles digestifs, nous avons dû signaler les points de ressemblance qu'ils présentent avec la forme gastro-intestinale, de même qu'ils nous a été impossible, en étudiant les phénomènes cardio-vasculaires de l'adénopathie, de passer sous silence la forme chloro-anémique que revêt si souvent au début la tuberculisation pulmonaire.

Mais nous le répétons ici, c'est surtout dans l'examen

du thorax que l'on doit rechercher la solution de la question. L'inspection et la palpation, mais surtout la percussion et l'auscultation fournissent dans la plupart des cas des notions suffisantes à l'établissement d'un diagnostic solide. La minutie dans les recherches, l'attention la plus soutenue dans l'examen, sont, nous l'avouons, nécessaires, mais ces qualités doivent toujours se rencontrer chez l'observateur scrupuleux, et l'importance de la question qu'il s'agit de résoudre, justifie et au-delà leur absolue nécessité. Une connaissance parfaite de la disposition topographique des ganglions thoraciques est également indispensable, mais outre que la mémoire des limites des zones ganglionnaires, n'est pas si difficile à acquérir et à posséder, il n'est pas de points de clinique où des connaissances anatomiques ne soient toujours nécessaires.

Si donc on veut bien se reporter aux pages où chaque point pouvant prêter à confusion a été successivement étudié, on reconnaîtra avec nous qu'il est aujourd'hui possible de séparer les signes de ces deux affections si différentes au point de vue du pronostic, mais qui se ressemblent tellement par quelques-uns de leurs symptômes. Parvenu à la fin de ce travail, nous pensons avoir démontré que dans presque tous les cas, cette distinction peut être faite, et qu'il est à la fois utile et possible d'établir un diagnostic entre l'adénopathie trachéo-bronchique et la tuberculisation pulmonaire au début.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle).

Le nommé M... Théodore, âgé de 44 ans, jardinier, entre le 26 mars 1886 dans le service de M. le professeur Peter, Salle Saint-Jean de Dieu, lit n° 19. Hôpital de la Charité.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Père mort à 54 ans d'une fluxion de poitrine. Mère morte à 77 ans de maladie inconnue; deux frères morts accidentellement.

Antécédents personnels. — Le malade dit avoir été toujours bien portant dans son enfance, cependant sur le conseil d'un médecin on lui aurait fait conserver pendant un an un vésicatoire sur le bras gauche. A huit ans il aurait été atteint d'une fièvre cérébrale (fièvre typhoïde ?) A vingt ans accès de fièvre intermittente à Meudon, pendant deux mois; de temps en temps il s'en ressent encore et des accès reparaissent, sa rate est d'ailleurs un peu hypertrophiée.

Depuis son enfance il est sujet à des épistaxis. La quantité de sang rendue est très variable, mais en général peu abondante.

Le malade n'a pas eu la syphilis.

Il y a quatre ans il a été soigné à la Charité dans le service de M. Féréol pour des coliques hépatiques.

Il y a 2 ans 1/2 (décembre 1883) il a attrapé du froid en couchant dans un sous-sol; à cette époque il a fortement maigri. Il toussait beaucoup et avait, nous dit-il, des douleurs d'estomac et du ventre; il avait perdu l'appétit. Il était employé à cette époque chez un pharmacien qui l'a soigné en lui faisant prendre de la glycérine

et de l'extrait de quinquina. Il a été malade pendant un mois et demi.

Vers le mois d'octobre 1885, le malade dit avoir pris froid et avoir commencé à tousser, il a vu quelques rares filets sanguinolents dans ses crachats, il crache du reste fort peu. Toutes les nuits il transpire au point de mouiller deux ou trois chemises.

Il a pu néanmoins continuer à travailler pendant une partie de l'hiver.

Il a fortement maigri depuis cette époque. Vers la fin de novembre il s'est aperçu qu'il avait au niveau du cou à droite une tumeur de la grosseur d'un œuf, tumeur plus volumineuse le matin que le soir (à cause du voisinage du corps thyroïde) et qui semble avoir occasionné chez lui des phénomènes de compression de l'œsophage, car il ne pouvait avaler aucun aliment solide : il ne se nourrissait que de bouillon et de lait.

En aucun autre point du corps, à ce qu'il dit du moins, il ne présentait de tuméfaction analogue.

Il toussait toujours beaucoup, la toux le prenait par quintes violentes, il crachait peu.

26 mars. — Le malade se sentant de plus en plus faible, par suite de l'impossibilité où il est de pouvoir manger, se décide à entrer à l'hôpital.

27 mars. — A son entrée, le malade n'a pas de fièvre (37, 3).

Il se plaint de tousser beaucoup, de transpirer abondamment et de ne pouvoir avaler de nourriture solide. — Il présente, en effet, au niveau du cou, dans la région sous-hyoïdienne droite, une tumeur de la grosseur d'un œuf, tumeur bosselée, inégale, se prolongeant jusqu'au niveau de la clavicule et due à l'hypertrophie des ganglions sous-hyoïdiens et du creux sus-claviculaire. C'est cette tumeur qui l'empêche d'avaler.

A la percussion, submatité à droite tout près de la colonne vertébrale, au niveau des deux premières vertèbres dorsales, cette submatité est due à la présence des ganglions bronchiques hypertrophiés. A gauche, les ganglions sont beaucoup moins volumineux.

A l'auscultation, souffle très intense dans la fosse sus-épineuse simulant à s'y méprendre le souffle caveux et dû à la compression des bronches.

Rien au cœur. Rien dans les urines.

1^{er} avril. — Le malade transpire toujours beaucoup la nuit. Il se plaint d'avoir de la diarrhée qui dure un jour ou deux et disparaît. — On constate la présence de ganglions légèrement hypertrophiés au niveau des aînes et de l'abdomen.

Comme traitement : liqueur de Fowler et iodure de potassium alternativement.

18 avril. — Le malade a eu un accès de fièvre assez intense (39°, 6) le soir, qui a débuté par un frisson comme les accès de fièvre intermittente. La fièvre persiste pendant fort longtemps.

En percutant à l'aide du plessigraphe, on constate une chaîne de ganglions bronchiques, à droite, qui s'étend au niveau des deux dernières vertèbres cervicales et des deux premières dorsales jusqu'à 7 ou 8 centimètres, à droite de la ligne médiane. Quelques ganglions également à gauche, mais beaucoup moins hypertrophiés.

Dans la partie antérieure de la poitrine, on constate également en de certains points des îlots de matité dus à des ganglions hypertrophiés. — Le malade avale toujours très difficilement.

On supprime la liqueur de Fowler et on lui fait prendre de l'huile de foie de morue, qu'il digère mal et qu'on remplace par de la glycérine.

A la fin d'avril, la toux a beaucoup diminué. Le malade avale un peu plus facilement. — Les transpirations nocturnes ont cessé.

Dans le courant du mois de mai, quoiqu'ayant encore un peu de fièvre de temps en temps, le malade se trouve beaucoup mieux. La toux est à peu près passée; les signes stéthoscopiques sont sensiblement les mêmes. — Respiration bronchique, rude, mais moins soufflante à droite, rien à gauche. — Les ganglions bronchiques sont toujours hypertrophiés, à droite : (6 cent. de matité).

La tuméfaction, qui existe au niveau de la région sous-hyoïdienne droite, a toujours le même volume, mais les phénomènes de compres-

sion de l'œsophage ont absolument disparu. Le malade mange bien.

Traitement. — Bains sulfureux, glycérine.

14 juin. — Le malade est dans un état général très satisfaisant.

Les signes stéthoscopiques ont quelque peu varié. — Submatité à droite, due aux ganglions bronchiques.

La respiration est moins soufflante à droite. — Rien à gauche. — La toux a presque complètement disparu.

16 juin. — Le malade se trouvant très bien, demande à partir pour Vincennes. — État général bon, quoique la tuméfaction au niveau du cou ait peu diminué.

Pendant la durée de son séjour à l'hôpital, la recherche de la température locale au niveau des poumons a été pratiquée. On a obtenu les résultats suivants :

Température axillaire. 37°,2.

Température pariétale droite. . . 36°,1.

Température pariétale gauche. . . 36°.

Cette observation qui a été recueillie par nous dans le service de M. le professeur Peter, est des plus intéressantes. En effet, on pourrait croire au premier abord à une tuberculose commençante. Le mauvais état général du malade au moment de son entrée à l'hôpital, sa toux continue, son expectoration à plusieurs reprises légèrement sanguinolente, son amaigrissement rapide, enfin ses transpirations abondantes, tout concordait pour causer une erreur de diagnostic. Si l'on joint, à ces symptômes généraux la fièvre qui survint un peu plus tard et qui persista pendant fort longtemps, et l'importance des symptômes locaux, matité au sommet et souffle assez intense pour simuler le souffle caverneux, on conviendra qu'une erreur de diagnostic aurait été excusable. Toutefois nous devons tenir compte

de ce fait, qu'il existait en même temps un certain nombre de signes qui devaient faire songer à l'adénopathie trachéo-bronchique, et qui ont permis en effet de rapporter un peu plus tard les symptômes à une hypertrophie ganglionnaire.

En effet, le malade s'est présenté à l'hôpital parce qu'il ne pouvait plus manger. La dysphagie chez lui était poussée au point qu'il ne pouvait déglutir aucun aliment solide et il se nourrissait seulement de bouillon et de lait. Or, rien ne pouvait faire songer à une dysphagie d'origine tuberculeuse liée aux lésions de l'épiglotte ou des replis aryéno-épiglottiques. Au contraire, nous savons que dans l'adénopathie trachéo-bronchique, la dysphagie n'est pas rare et qu'elle est parfois très intense. Il existait de plus, au niveau du cou, des aines, et dans l'abdomen un certain nombre de ganglions volumineux, et l'on sait depuis la thèse du Dr Baréty quelle importance ont, au point de vue du diagnostic, l'existence d'adénites extérieures multiples. Il y avait également de la toux, mais cette toux était quinteuse, elle n'était pas accompagnée d'expectoration. Enfin, fait très important, il n'y avait pas hyperthermie locale au niveau des points du poumon qu'on pouvait croire infiltrés de tubercules, et ce fait coïncidant avec les résultats de la percussion plessigraphique, permettait d'éliminer la tuberculose et de songer à l'adénopathie.

OBSERVATION II (personnelle).

La nommée Henr..., Alexandrine, âgée de 24 ans, femme de chambre, entre le 21 mai 1886, à l'hôpital de la Charité, Salle Sainte-Madeleine, n° 21 bis. Service de M. le professeur Peter.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de cause inconnue. Père vivant et bien portant. Trois frères et sœurs vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — Dans son bas âge, la malade dit avoir eu la jaunisse. Régée à 17 ans, mais irrégulièrement. A 19 ans, symptômes d'anémie, faiblesse, essoufflement rapide en montant des escaliers. Un médecin consulté à cette époque n'avait rien trouvé au cœur.

Venue à Paris, le 3 novembre, elle commence à tousser un mois après. A cette époque, elle constate de temps en temps quelques filets de sang dans ses crachats.

Malgré son rhume, elle a travaillé tout l'hiver et ne se décide à entrer à l'hôpital que le 26 mai, quand elle se trouve à bout de forces.

Elle a beaucoup maigri depuis quelque temps et son appétit est très diminué.

22 mai. — Etat à l'entrée. Etat de maigreur très accentué, la malade dort mal et tousse beaucoup.

A la percussion, on constate une légère submatité en arrière et à gauche au niveau de la fosse sus-épineuse.

A l'auscultation, diminution légère de la respiration à droite. Au sommet gauche en avant et en arrière, respiration saccadée, les signes sont d'ailleurs très peu marqués.

La malade accuse au sommet gauche une légère douleur perçue spontanément et augmentée par la percussion et la palpation.

Rien au cœur.

Badigeonnages de teinture d'iode. Traitement tonique.

25 mai. — Par la percussion plessigraphique, on constate une légère hypertrophie des ganglions bronchiques, surtout à gauche (3 ou 4 centimètres de matité).

La malade se trouve un peu mieux, mais tousse toujours.

31 mai. — Les signes stéthoscopiques sont les mêmes. Badigeonnage de teinture d'iode. On prend la température locale des sommets :

Température axillaire. 37°,5.

Sommet gauche . . . 37°,5.

Sommet droit . . . 36°,8.

10 juin. — Légère hémoptysie il y a quelques jours. La toux a un peu diminué.

Température axillaire. 36°,9.

Sommet gauche . . . 36°.

Sommet droit . . . 35°,8.

12 juin. — La malade se trouve beaucoup mieux. Les sueurs ont considérablement diminué.

Température axillaire. 37°.

Sommet gauche . . . 36°,1.

Sommet droit . . . 35°,9.

16 juin. — État général bon. L'appétit est revenu. La toux a presque complètement disparu. On constate encore une légère submatité à gauche et de la respiration saccadée. Rien à droite.

Nous opposerons cette observation à la précédente. Ici il ne pouvait pas y avoir de doutes, car en dehors de l'état général, la coïncidence de la respiration saccadée et d'une hyperthermie locale imposait le diagnostic de tuberculose. On voit cependant qu'on a constaté au moyen du plessigraphe une petite hypertrophie ganglionnaire, qu'on doit, selon nous, rattacher ici aux lésions tuberculeuses des poumons. La matité correspondait à une partie de la zone ganglionnaire antérieure. Enfin il existait chez cette malade de la douleur au sommet.

OBSERVATION III

Empruntée au mémoire de M. Lereboullet.

Le nommé G..., 22 ans, soldat au 18^e régiment d'infanterie, entre à l'hôpital militaire de Strasbourg (salle 66, lit 28), le 1^{er} juillet

1869. Il est malade depuis deux jours. Pas d'antécédents héréditaires. Pas d'hémoptysies. Pas de maladies antérieures graves ; mais plusieurs accès de fièvre qui ont, à plusieurs reprises, motivé des interruptions de service. Il y a deux jours, à onze heures du soir, accès fébrile ayant duré toute la nuit. Le matin : embarras gastrique, courbature. Le malade, entré à l'infirmerie, a pris un vomitif. La fièvre ne s'est plus manifestée, mais la langue reste sale, l'haleine fétide. Apyrexie. Inappétence. Douleurs vagues dans tous les membres et dans la région rachidienne. Toux légère, sans dyspnée. Expectoration sans caractères spéciaux.

A l'examen du thorax : submatité dans la région interscapulaire droite, entre la colonne vertébrale (au niveau des quatre ou cinq premières vertèbres dorsales) et le bord spinal de l'omoplate ; résistance au doigt très marquée à ce niveau, tandis que du côté gauche l'élasticité paraît normale. Légère submatité dans la région sus-épineuse droite. Partout ailleurs : sonorité très normale, peut-être même exagérée dans la région sous-claviculaire droite. A l'auscultation : sibilances à la fin de l'inspiration, au sommet droit, en arrière surtout ; diminution du bruit vésiculaire dans toute l'étendue du côté droit, mais surtout au sommet ; souffle lointain, mais prolongé à l'expiration dans la région interscapulaire.

Les jours suivants : dyspnée assez peu marquée pendant le jour, surtout manifeste pendant la nuit ; léger mouvement fébrile (38° le 3, $38^{\circ},5$ le 6) vers le soir : sueurs abondantes ; toux plus fréquente, rauque, sèche, sans expectoration ; mêmes signes stéthoscopiques.

Vers la fin du mois de juillet, des accès de fièvre intermittente irrégulière se déclarent ; ils reviennent le soir, ordinairement vers trois heures (le 25, le 27 et le 28. la température s'élève à 40° et $40^{\circ},5$) durent une partie de la nuit et ne paraissent pas modifiés par le sulfate de quinine : la dyspnée augmente ; la toux est plus pénible ; l'expectoration est, à certains jours, striée de sang pur en quantité peu abondante. L'exploration du thorax révèle une très légère submatité dans la région claviculaire droite et, à ce niveau, une exagération des vibrations thoraciques et du retentissement vocal,

avec sibilances très aiguës à la fin de l'inspiration. En arrière, la matité persiste dans la région interscapulaire droite, tandis que la percussion, pratiquée plus en dehors, au niveau de l'omoplate, indique une sonorité à peu près normale, aussi bien dans la fosse sus-épineuse que dans la fosse sous-épineuse.

Je prescrivis des badigeonnages de teinture d'iode au sommet droit et au niveau de la région scapulaire droite; le malade est soumis, en même temps, à la médication arsénicale (3 granules de 1 millig. par jour). Peu à peu la fièvre s'éteint; la toux et la dyspnée diminuent, mais les mêmes signes stéthoscopiques persistent dans la région interscapulaire. Le malade quitte l'hôpital le 11 août pour se rendre en convalescence dans sa famille.

Nous rencontrons dans cette observation un certain nombre de symptômes intéressants. Il se présente des signes évidents de congestion pulmonaire, accompagnée de fièvre, présentant le type de la fièvre intermittente irrégulière. Des sueurs abondantes ont été observées, la toux est sèche, pénible, et l'expectoration non purulente a été quelquefois striée de sang. Enfin il existe une dyspnée assez intense. Tous ces phénomènes peuvent être rapportés à une tuberculisation pulmonaire commençante, et cependant nous sommes de l'avis du Dr Lereboullet, qui n'admettait dans le cas particulier, qu'une hypertrophie ganglionnaire. C'est qu'en effet, les phénomènes stéthoscopiques peuvent être rattachés à la congestion pulmonaire, accompagnant le développement des ganglions bronchiques. La matité n'a pas été constatée au niveau du sommet du poumon, au point où les lésions tuberculeuses siègent d'ordinaire, mais bien dans la région interscapulaire; la résistance au doigt était également très marquée à ce niveau et n'existait pas ailleurs. Enfin les sibilances que l'on entendait, se produi-

saient à la fin de l'inspiration comme très fréquemment dans l'adénopathie trachéo-bronchique, et l'expiration présentait un souffle lointain mais prolongé. Nous devons ajouter que la diminution du murmure vésiculaire a été reconnue surtout au sommet, mais que cette diminution existait dans toute l'étendue du côté droit. Quelques jours avant que le malade ne quittât l'hôpital, la matité persistait dans la région interscapulaire droite, tandis que plus en dehors la sonorité était à peu près normale, tant dans la fosse sous-épineuse que dans la fosse sus-épineuse. Or, dans notre thèse, nous avons montré la valeur diagnostique de la matité, suivant qu'elle est plus ou moins rapprochée de l'axe du corps.

OBSERVATION IV

Empruntée au mémoire de M. Lereboullet.

Le nommé F..., 24 ans, soldat au 16^e régiment d'artillerie, entré à l'hôpital militaire de Strasbourg (salle 69, lit 13) le 14 juillet 1869. A déjà fait plusieurs séjours à l'hôpital pour une affection mal définie, caractérisée, dit-il, par une douleur très vive à la région épigastrique, avec fièvre, vomissements bilieux, alternatives de constipation et de diarrhée ; cette maladie durait huit à dix jours, au bout desquels F... quittait l'hôpital. Il y a sept jours, la maladie actuelle a débuté par un accès de fièvre, avec point de côté à gauche au-dessous du mamelon ; toux sèche, rauque, quinteuse, très pénible et très fréquente. Ces signes persistent au moment de l'entrée à l'hôpital ; depuis deux jours, la toux s'accompagne d'une expectoration mucosspumeuse très abondante. A l'exploration du thorax : submatité assez

marquée dans la région interscapulaire des deux côtés, mais surtout à gauche; du même côté, à la base, submatité avec persistance des vibrations; partout ailleurs, sonorité normale (peut-être un peu exagérée au sommet gauche en avant). A l'auscultation: sibilances et ronchus disséminés un peu partout, surtout aux deux bases; quelques râles sous-crépitaux fins à la base du côté gauche; diminution très marquée du bruit respiratoire du même côté, au sommet en avant et en arrière. Fièvre (T. 40°) avec sueurs profuses, dyspnée très intense.

Les jours suivants, la fièvre et la dyspnée augmentent encore; la température se maintient autour du chiffre 40°, et le 16 au matin, elle atteint même 40°,8 (voir plus loin), mais les signes stéthoscopiques varient singulièrement d'intensité et de durée. C'est ainsi que le 16 avec une température fébrile de 40°,8 le matin et une oppression extrême, je perçois, outre la submatité interscapulaire, une submatité assez marquée à la base en arrière, avec râles sous-crépitaux très fins, tandis que le 17, la fièvre persistant (40°) ainsi que l'oppression, les signes perçus en arrière et à la base n'existent plus, et que le murmure vésiculaire s'entend avec ses caractères à peu près normaux. Les seuls signes stéthoscopiques constants sont ceux que l'on perçoit dans la fosse sus-épineuse et surtout la région interscapulaire gauche où la matité s'accroît de jour en jour, où la diminution du bruit vésiculaire avec sibilances à la fin de l'inspiration est de plus en plus marquée. La bronchite généralisée qui existait au début s'apaise peu à peu; le point de côté cède à plusieurs applications de ventouses sacrifices; l'expectoration diminue; enfin, le 24 juillet, la défervescence a lieu définitivement. Toutefois, la dyspnée persiste avec toux modérée, sans expectoration. Sueurs très abondantes au moment des accès de dyspnée, qui se manifestent la nuit.

Cet état dure jusqu'au 5 août. A ce moment la dyspnée s'apaise; les crises deviennent de plus en plus rares, l'exploration du thorax ne révèle plus guère qu'un peu de submatité à la percussion de la région interscapulaire gauche, surtout contre la colonne vertébrale et

au niveau des quatre ou cinq vertèbres dorsales. A ce même niveau, le bruit respiratoire reste très faible, tandis qu'à droite on perçoit une respiration bronchique. Le malade quitte l'hôpital le 21 août.

Dans cette observation la bronchite du début et la congestion pulmonaire donnent lieu à un certain nombre de signes pouvant faire méconnaître l'adénopathie, vu leur localisation au sommet gauche, du côté où la matité interscapulaire indique l'hypertrophie des ganglions bronchiques. Or on sait que la bronchite des sommets est toujours suspecte et que fréquemment on observe au début de la tuberculose des poussées de congestion pulmonaire autour des foyers tuberculeux. Dans le cas particulier, ce n'est guère qu'à la percussion qu'il était possible de reconnaître l'hypertrophie ganglionnaire, et d'ailleurs au moment où le malade quitte l'hôpital la matité interscapulaire persistait, ainsi qu'une légère diminution du murmure respiratoire, prouvant bien l'existence de l'adénopathie.

OBSERVATION V (personnelle).

Le nommé Chev..., Jules, âgé de 40 ans, cuisinier, entre le 4 juin 1886 à l'hôpital de la Charité, Salle Saint-Jean de Dieu n° 15, Service de M. le professeur Peter.

Antécédents héréditaires. — Père mort accidentellement. Mère vivante et bien portante. Pas de parents tuberculeux.

Sa femme est morte de tuberculose en trois mois.

Trois enfants sont morts en nourrice; une fille vivante et bien portante.

Antécédents personnels. — Le malade a eu une fluxion de poitrine dans son enfance, à l'âge de 2 ou trois ans. Fièvre typhoïde en

1874 (malade pendant trois mois). Il est très sujet aux rhumes, tousses presque continuellement ; jamais d'hémoptysies abondantes.

Il dit s'être enrhumé au mois d'octobre. Il travaillait à cette époque dans un endroit où les changements de température étaient très brusques ; il passait d'une chambre très chauffée dans une cour très froide. Quelquefois il a constaté dans ses crachats quelques filets de sang.

Il a beaucoup maigri depuis trois ou quatre mois.

Transpiration abondante la nuit.

Depuis trois semaines environ, sa respiration est devenue rude et soufflante ; il se plaint d'un épuisement considérable.

Il prétend que depuis dix ans, il n'a pas fait d'excès de boissons ; à cette époque il buvait de 4 à 5 litres de vin par jour ; dans ces derniers temps environ un litre.

Pas de tremblement des extrémités, pas de rêves professionnels.

4 juin. — A son entrée à l'hôpital, on constate une matité très nette au sommet droit ; souffle très intense et râles sous crépitants à ce niveau.

Au sommet gauche, quelques râles sous crépitants.

A la percussion, symptômes d'adénopathie bronchique à droite et en arrière, au niveau des apophyses épineuses des deux premières vertèbres dorsales. On ne constate de ganglions, ni dans la région cervicale, ni dans les aisselles, ni dans les aines, sauf un volumineux dans la région sus-hyoïdienne latérale gauche.

Rien au cœur. Rien au niveau de l'aorte.

La voix est un peu enrrouée, la respiration est rude ; un peu de tirage quand le malade dort.

8 juin. — Dans la nuit du 7 au 8, le malade a eu un accès de suffocation, le matin à 9 heures nouvel accès. Application de sinapismes. Sirop d'éther.

Cornage très intense à l'inspiration. A l'expiration, léger sifflement.

Matité au sommet droit en arrière, au niveau de la fosse sus-épineuse. A ce niveau souffle très intense. Plus de râles.

La percussion plessigraphique pratiquée par M. le professeur

Peter permet de constater à droite une zone de matité de 6 centimètres, due à des ganglions bronchiques, au niveau des dernières vertèbres cervicales.

L'examen laryngoscopique, fait par M. le Dr Coupard, fait constater que les deux cordes vocales sont paralysées; l'espace laissé entre elles est très étroit (un millimètre et demi environ); les cordes vocales sont rouges, et la droite présente un bourgeon charnu.

Dans la journée le malade allait assez bien; cependant vers 4 heures il fut pris d'un nouvel accès de suffocation, et on lui fit la trachéotomie à 5 heures du soir. L'opération réussit fort bien.

9 juin. — La nuit s'est bien passée. La respiration se fait bien, quelques quintes de toux à la suite desquelles le malade crache par la canule un certain nombre de mucosités. Pouls 100.

Temp. matin, 37°,3.

— soir, 37°,8.

10 juin. — Etat assez satisfaisant. Râles sous-crépitanants à la base gauche, dans toute l'étendue de la poitrine, en arrière et à gauche. Matité légère à la base gauche.

Temp. matin, 36°,9.

— soir, 38°,5.

11 juin. — Le malade va assez bien. On constate dans ses crachats la présence de bacilles.

Temp.4. matin, 36°,

— soir, 37°,7.

12 juin. — Etat stationnaire. Par la percussion plessigraphique, on constate toujours à droite la zone de matité de six centimètres environ due à l'hypertrophie des ganglions bronchiques. Les signes stéthoscopiques restent les mêmes.

13 juin. — Pointes de feu. Le lendemain diminution de 3 centim. de la zone de matité.

19 juin. — Le zone de matité présente aujourd'hui 4 centimètres.

Dans cette observation, la présence de lésions tuberculeuses n'est pas discutable et d'ailleurs on a constaté dans l'expectoration l'existence de bacilles. Mais le point intéressant est la coexistence de la tuberculose et de l'adénopathie. Cette coexistence a pu être démontrée par l'exploration plessimétrique d'abord, puis par d'autres signes ensuite. Le jour où le malade est entré à l'hôpital on constate par la simple percussion la présence d'une matité au niveau des apophyses épineuses des deux premières vertèbres dorsales. Le siège de cette matité devait faire songer à une hypertrophie ganglionnaire, d'autant plus qu'on sentait un ganglion assez volumineux dans les régions sus-hyoidiennes latérales. Un peu plus tard on reconnaît au moyen du plessigraphe, instrument qui donne des résultats plus exacts, que la zone de matité s'étend un peu du côté des dernières vertèbres cervicales. L'existence de l'adénopathie n'était plus douteuse.

Mais il existait d'autres signes d'hypertrophie ganglionnaire et on devait y rattacher le cornage, le sifflement expiratoire et les accès de suffocation. La paralysie des cordes vocales constatée au laryngoscope doit évidemment être attribuée à la compression des pneumogastriques par les ganglions bronchiques hypertrophiés. La dyspnée tellement intense qu'on doit recourir à la trachéotomie pour ne pas laisser le malade succomber pendant un accès de suffocation est également très importante à considérer. Nous avons vu enfin qu'au point de vue clinique on avait constaté d'abord au sommet, puis plus tard dans toute l'étendue du côté droit de la poitrine des râles sous-crépitaux, qui avec la matité du côté droit et le souffle très

intense en ce point permettaient de diagnostiquer la tuberculose.

OBSERVATION VI

Empruntée au mémoire de M. Lereboullet.

Le nomme C., soldat au 119^{me} régiment d'infanterie, engagé d'un an, au service depuis 4 mois, entre à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce (Salle 27, lit 15) le 15 février 1874. A été atteint dans son enfance de plusieurs accès de fièvre que l'on a traitée de fièvre intermittente et d'une maladie aiguë que l'on a déclaré être une fièvre typhoïde. De constitution assez débile, maigre, pâle, d'un teint mat, jaunâtre, il était employé de commerce avant son entrée au service.

Depuis quatre mois, soumis aux fatigues qu'exige sa nouvelle position, n'avait éprouvé aucun malaise lorsque, il y a trois jours, il fut atteint d'une douleur diffuse, sans point de côté bien localisé, dans la région sous-maxillaire droite, Pas de frisson, ni de fièvre, ni de toux. Plusieurs vomissements. On lui administre un vomitif. Cependant la douleur de côté s'exaspère ; la toux se déclare assez fréquente, sèche, douloureuse. Le malade est envoyé d'urgence à l'hôpital.

Le soir de son entrée : fièvre (temp. 38°,9, pouls 120) dyspnée (27 inspirations), douleur peu vive dans le côté droit, se manifestant surtout au moment des fortes inspirations et à la base de la poitrine. Toux modérée. Expectoration séro-spumeuse non-sanguinolente. Légère submatité en arrière jusqu'à l'angle de l'omoplate, avec exagération des vibrations thoraciques ; respiration normale sans râles ni souffle à ce niveau.

Le lendemain ces symptômes s'exaspèrent. La fièvre augmente (temp. 39°,6 le matin, 40°,2 soir) ; la douleur du côté droit est plus intense. La percussion indique de la submatité dans toute l'étendue de la cage thoracique en arrière et à droite, tandis que l'on perçoit un son plus grêle (bruit skodique) en avant. Je fais appliquer 10 sang-

sues au-dessous du mamelon droit. Boissons chaudes. Potion opiacée le soir.

Les jours suivants, la fièvre et la dyspnée persistent (la température fébrile oscille autour de 40°), mais la douleur diminue, et les signes stéthoscopiques s'amendent. La langue reste très chargée. Constipation.

Le 2 mars, la fièvre tombe brusquement, et l'état du malade paraît excellent; toutefois, l'exploration du thorax révèle de nouveaux signes. La percussion indique de la matité dans la région interscapulaire droite, avec vibrations thoraciques normales et respiration soufflante à ce niveau; silence respiratoire à peu près complet dans les fosses sus et sous-épineuses. Légère submatité en avant, dans la région sus-claviculaire. Ces signes deviennent plus manifestes de jour en jour, bien que l'état général reste satisfaisant. Alors que, en avant, dans la région claviculaire, c'est à peine si on perçoit une submatité très légère, bien que l'auscultation y révèle la propagation des bruits du cœur, en arrière, la matité est assez marquée dans la région interscapulaire et elle paraît même s'étendre à la fosse sus-épineuse droite, dans toute la région postéro-supérieure droite, diminution très marquée du bruit vésiculaire, sans râles ni souffles. L'état général restant très satisfaisant, le malade sort le 16 mars.

Le peu de durée de la fièvre, sa brusque défervescence, l'existence d'un point de côté et les signes stéthoscopiques paraissent indiquer encore ici l'existence d'une congestion pulmonaire. Mais quand le malade se rétablit, on constate des signes d'adénopathie trachéo-bronchique : matité dans la région interscapulaire droite avec respiration soufflante à ce niveau et silence respiratoire à peu près complet dans la fosse sus et sous-épineuse. Même si l'on attribue au début d'une tuberculose pulmonaire la congestion signalée dans l'observation, on n'en voit pas moins se dégager nettement les signes de l'hypertrophie ganglionnaire.

OBSERVATION VII

Communiquée par M. Despréaux, interne des hôpitaux.

Le nommé G..., Yves, âgé de 29 ans, sommelier, entre le 26 février 1886, Salle Bayle, n° 30, à l'Hôpital Laënnec, service de M. le professeur Damaschino.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère se portent bien. Une sœur est morte de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — A l'âge de 27 ans, le malade a eu une fièvre typhoïde, à la suite de laquelle il eut à la jambe gauche une phlegmatia alba dolens.

Depuis lors sa santé a été très bonne et il a pu travailler jusqu'au jour où il est entré à l'hôpital.

Il y a huit ans le malade est atteint d'un chancre unique, siégeant à la face dorsale du gland où on peut encore constater une petite cicatrice. Il ne se souvient plus du traitement suivi et affirme n'avoir pas eu d'autres accidents.

Il y a trois semaines, il a eu, à la suite d'un refroidissement, un frisson sans point de côté. Il s'est mis à tousser, puis, ne guérissant pas, il se décide à entrer à l'hôpital.

État à l'entrée. — Homme vigoureux, mais fatigué. Un peu d'amaigrissement. Anorexie. On est frappé, en l'examinant, du développement des ganglions inguinaux, cervicaux, et surtout sous-maxillaires, développés particulièrement du côté gauche. Ces ganglions, dont le volume varie d'un pois à une amande, sont indolores et roulent sous le doigt. Aucun signe de réaction inflammatoire. Le malade a vu ces ganglions augmenter depuis environ deux ans, mais il n'y a attaché aucune importance.

A l'auscultation des poumons rien d'anormal en avant, en arrière quelques râles sibilants à gauche.

Légère submatité au sommet gauche en arrière, matité presque absolue au niveau des apophyses épineuses des cinq premières vertèbres dorsales. En ce point, souffle doux à l'expiration.

Cœur. — Rien. Pas de souffles dans les vaisseaux.

Foie. — N'est pas augmenté de volume.

Rate. — Un peu grosse.

Les digestions sont assez difficiles. De temps en temps sensation de constriction à la gorge et un peu de difficulté à avaler le pain. Sommeil inégal. Pas de rêves professionnels.

Rien dans les urines.

Le sang examiné au microscope n'a pas montré une augmentation du nombre des globules blancs. — Iodure de potassium, 2 grammes.

14 février. — Douleurs assez fortes au niveau du maxillaire inférieur, attribuées à une carie dentaire.

17 février. — Fluxion dentaire à droite. Un peu de fièvre. Même état général.

Traitement tonique. — Iodure de potassium, 3 grammes.

8 mars. — Sous l'influence du traitement les ganglions ont diminué de volume. État général meilleur.

2 avril. — Aucun changement.

20 avril. — Malaise depuis quelques jours. Le malade tousse un peu, mais non par quintes. Il rend dans le courant de la journée quelques crachats striés de sang.

22 avril. — Mieux sensible.

1^{er} mai. — Nouvelle hémoptysie, mais plus abondante que la première fois. Toux fréquente. A l'auscultation on constate au sommet gauche l'existence de râles fins inspiratoires. Matité dans la fosse sus-épineuse. Temp. axillaire 38°,7.

5 mai. — L'hémoptysie ne s'est pas renouvelée. Mêmes signes stéthoscopiques.

10 mai. — Le malade vomit en toussant. Nuit mauvaise. Oppression assez forte. Anorexie.

15 mai. — Mieux sensible. Le malade peut de nouveau sortir pendant l'après-midi.

1^{er} juin. — Le malade quitte l'hôpital sur sa demande. Mêmes signes stéthoscopiques. Les ganglions ont beaucoup diminué de volume, mais ils persistent encore au niveau des aines et surtout sous le maxillaire inférieur du côté gauche.

L'existence, chez ce malade, d'une adénopathie trachéo-bronchique ne paraît pas douteuse. L'existence antérieure d'une syphilis probable, la présence de ganglions hypertrophiés aux aines et au cou, la sensation de striction au niveau de la gorge, la dysphagie, appartiennent à l'adénopathie. Un peu plus tard, il paraît y avoir eu début de tuberculose, bien que la recherche des bacilles et l'exploration locale de la température n'aient pas été faites. Mais au début, nous croyons que la présence d'une matité au niveau des apophyses des premières vertèbres dorsales, jointe au souffle expiratoire doux constaté en ce point, doit être rapporté à l'hypertrophie des ganglions médiastinaux.

OBSERVATION VIII (personnelle).

La nommée Gold... Fanny, âgée de 33 ans, couturière, entre le 16 avril 1886 à l'hôpital de la Charité, Salle Sainte-Madeleine, lit n° 10. Service de M. le professeur Peter.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Père et mère vivants et bien portants. Frère mort à 21 ans d'hémoptysie. Deux frères et sœurs vivants et bien portants. Trois frères adultérins morts un du choléra, un de méningite, un de coqueluche.

Mariée depuis douze ans à un mari bien portant, a eu trois enfants : deux vivants et bien portants, un mort à 4 ans 1/2 d'une fluxion de poitrine.

Antécédents personnels. — Jusqu'à l'âge de 13 ans la malade dit avoir eu de la gourme. Régulée à 13 ans, mais toujours irrégulièrement et toutes les menstruations étaient douloureuses. A cette époque, la gourme a disparu.

Née en Roumanie, la malade est venue à Paris à l'âge de 15 ans (1867). Elle était assez bien portante, dit-elle, mais s'essouffait cependant en montant les escaliers, elle avait des palpitations.

A l'âge de 17 ans, elle a eu un crachement de sang assez violent; elle apprenait le chant à cette époque et dut cesser cette étude. Elle ne toussait pas du tout et s'est très bien remise.

En 1880, attaque de fièvre intermittente.

Depuis cette époque, elle a commencé à cracher du sang à peu près tous les mois vers le moment de ses règles, en général un peu avant. Elle ne toussait qu'au moment où elle crachait du sang.

Au mois de septembre 1885 à Paris, elle a été prise de frissons analogues à ceux qu'elle avait ressentis à Londres au moment où elle a eu son accès de fièvre intermittente. Elle partit à la campagne et en revint assez bien.

Au mois de décembre, elle a occupé un logement dans de mauvaises conditions hygiéniques, et de nouveaux accès de fièvre intermittente se produisent. Elle recommence à tousser et à cracher du sang en assez grande abondance. Depuis cette époque, ses forces l'abandonnent, elle transpire beaucoup la nuit, elle perd l'appétit et maigrit considérablement.

Traitement suivi : Arsenic, perchlorure de fer et teinture d'iode.

A la fin de mars, elle vient à la Charité consulter pour des accès de fièvre qui la prennent tous les jours à midi, elle se plaint de tousser, mais à l'auscultation, on ne constate aucun signe bien net.

La rate était appréciable.

Traitement. — Glycérine anglaise et sulfate de quinine.

Se sentant plus faible, la malade entre à l'hôpital le 15 avril.

17 avril. — A son entrée à l'hôpital, on constate, à l'auscultation, une respiration soufflante à droite (respiration bronchique) et légè-

rement saccadée à gauche. Pas de différence de tonalité à la percussion. Signes en somme très peu marqués.

Temp. p. 38,4 le soir.

20 avril. — Température au sommet gauche. 37°,6.

Température au sommet droit, 37°,1.

Température axillaire, 38°.

23 avril. — En percutant, on constate la présence de ganglions bronchiques au niveau des dernières vertèbres cervicales. Aucuns signes certains de tuberculose.

12 mai. — La fièvre continuant, on donne de l'antipyrine, la malade s'en trouve bien. A la percussion, on constate une légère submatité à gauche en arrière (fosse sus-épineuse) et à l'auscultation en faisant tousser la malade, on perçoit quelques craquements.

25 mai. — Etat général toujours le même. Les frissons ont disparu.

3 juin. — A la suite d'une nuit agitée, hémoptysie extrêmement abondante qui dura pendant les deux jours suivants avec température extrêmement élevée (40°,2).

18 juin. — Depuis le 10 juin, la malade est excessivement faible, les signes stéthoscopiques sont plus accentués.

Submatité dans la fosse sus-épineuse gauche; craquements en ce même point. A droite, respiration rude et soufflante. Les signes de ganglions bronchiques persistent. Dans la journée, nouvelle hémoptysie peu abondante qui dure jusqu'au lundi 22 juin.

22 juin. — Les signes stéthoscopiques sont les mêmes. La malade est très faible. Elle tousse un peu moins. Sueurs nocturnes très abondantes.

Dans cette observation comme dans plusieurs de celles que nous avons placées plus haut, il y a coexistence de tuberculose et d'adénopathie. Mais pendant longtemps rien ne permettait d'affirmer la tuberculose. Pas de signes stéthoscopiques bien nets, fièvre pouvant être rattachée à la fièvre intermittente d'autant plus que la rate était assez

grosse. Les hémoptysies survenaient surtout à l'époque des règles et pouvaient être prises pour des hémoptysies supplémentaires, empêchant en même temps d'accorder à l'aménorrhée toute la valeur diagnostique qu'elle méritait. Ce n'est que plus tard que l'état général s'aggrave et que des signes stéthoscopiques plus évidents de tuberculose apparaissent. Mais on peut voir que le diagnostic d'adénopathie avait pu être posé dès le début et que les symptômes de l'affection étaient distincts de ceux de la tuberculose pulmonaire.

CONCLUSIONS

1° Les symptômes de l'adénopathie trachéo-bronchique observée chez l'adulte permettent de diagnostiquer cette affection avec la tuberculose pulmonaire au début, et dans certains cas de déterminer leur coexistence.

Les principaux signes qui permettent de faire ce diagnostic sont fournis par l'examen de la poitrine.

2° Dans la tuberculose au début, la circonférence supérieure du thorax est souvent diminuée ; il peut exister des dépressions sous les clavicules.

Dans l'adénopathie, on peut au contraire quelquefois constater une voussure due à la projection en avant de la première pièce du sternum, ou une saillie de l'extrémité interne de la clavicule, surtout à droite.

3° Dans la tuberculose au début, on peut constater à la percussion une submatité ou même une matité absolue en rapport avec le siège des lésions. La tonalité est plus élevée, l'élasticité sous le doigt est diminuée.

Dans l'adénopathie, l'étendue et la limite de la matité sont en rapport avec le siège des ganglions ; on la trouve limitée aux zones ganglionnaires ; la diminution de l'élasticité, sauf au niveau de ces zones n'existe pas ; la tonalité et la sonorité sont plus uniformes que chez les tuberculeux ; enfin, à l'inverse de ce que l'on observe dans la tuberculose, la matité va en diminuant de l'axe du corps (sternum ou rachis) au moignon de l'épaule.

4° Dans la tuberculose au début, l'expiration est prolongée, la respiration est fréquemment saccadée, le murmure respiratoire est diminué au sommet, le souffle bronchique, lorsqu'il existe, est perçu surtout à droite, à la partie interne de la fosse sous-épineuse au niveau de la racine des poumons, enfin, à la fin de la première période apparaissent les craquements secs.

Dans l'adénopathie, la diminution du murmure respiratoire est en rapport avec le siège et le degré de compression des bronches, il peut être étendu à tout un poumon.

L'inspiration est souvent accompagnée d'un sifflement ou d'un gros ronchus sonore qui la termine.

L'expiration, souvent bitonale, est tantôt remplacée par un souffle expiratoire variable dans son intensité et dans son timbre, tantôt un peu prolongée ou terminée par un gémissement roncheux persistant, perçu surtout au niveau des zones ganglionnaires.

La respiration saccadée est rare. Lorsqu'elle existe, elle est accompagnée d'augmentation de la tonalité, et à l'inverse de ce que l'on observe dans la tuberculose, les saccades sont surtout expiratoires.

Il peut exister des râles fins et inconstants, surtout à l'expiration, mais ils ne sont nullement comparables, comme siège et comme timbre, aux craquements secs de la fin de la première période de la tuberculose.

5° La dyspnée peut exister dans les deux cas avec les mêmes caractères ; mais elle est très fréquente dans l'adénopathie, et dans les cas graves, elle prend un caractère d'intensité absolument exceptionnel au début de la tuberculose et s'accompagne de tirage.

6° Au début de la tuberculisation pulmonaire, la toux est sèche et brève. Dans l'adénopathie, la toux est rauque, quinteuse, éclatante, coqueluchoïde.

7° L'expectoration dans l'adénopathie est rare et sans caractères particuliers. Dans celle de la tuberculose, au début, on peut constater la présence des bacilles de Koch.

8° L'hémoptysie, exceptionnelle dans l'adénopathie, est assez fréquente au début de la tuberculose. Elle a, au point de vue du diagnostic, une très grande importance.

9° La voix est souvent modifiée au début de la tuberculose; dans ce cas, l'examen laryngoscopique révèle l'existence de lésions tuberculeuses.

Dans l'adénopathie, les troubles de la voix existent également, mais ils sont souvent passagers, intermittents, ils peuvent être accompagnés de cornage. Au laryngoscope, on peut constater l'intégrité de la muqueuse laryngée en même temps qu'une paralysie des cordes vocales.

10° Les troubles chloro-anémiques et en particulier les palpitations sont fréquents au début de la tuberculose. Dans l'adénopathie, ils sont relativement rares. Par contre, on constate dans cette affection un certain nombre de phénomènes liés à la compression des vaisseaux, et en particulier des œdèmes de la face surtout à droite, qui n'existent pas dans la tuberculose.

11° On observe assez souvent des vomissements liés aux secousses de toux et se produisant subitement dans la tuberculose pulmonaire au début, et la diarrhée se montre parfois dès la première période.

Dans l'adénopathie on trouve souvent de la dysphagie indépendante des lésions des replis aryéno-épiglottiques ; les vomissements sont très fréquents et précédés en général de nausées.

12° Les douleurs névralgiques, et en particulier les points de côté et les douleurs des sommets, se rencontrent très souvent et ont une grande importance diagnostique au début de la tuberculose.

Ces douleurs n'existent pas dans l'adénopathie où l'on rencontre plutôt une sensation de gêne rétro-sternale et quelquefois de la douleur sur le trajet des phréniques et des pneumogastriques.

13° La fièvre apparaît très souvent dès le début de la tuberculose ; elle est exceptionnelle dans l'adénopathie ou alors doit être rattachée à une complication.

L'examen de la température locale a une importance diagnostique considérable. Dès qu'il existe des tubercules en un point, la température s'y élève. Dans les cas douteux, la constatation de ce fait permet de trancher la question. La recherche de l'hyperthermie locale doit toujours être pratiquée.

14° L'aspect extérieur des malades est très différent dans les deux cas. On peut constater dans l'adénopathie des adénites multiples, bien qu'elles ne soient pas constantes.

15° L'état général est profondément modifié par la tuberculose. Il est à peine influencé par l'adénopathie.

16° La marche de la tuberculose est en général continue. La mobilité et la variabilité des symptômes est au contraire un caractère frappant de l'adénopathie. Ils peu-

vent varier et même disparaître en quelques jours sous l'influence du repos ou d'un traitement approprié.

17° L'adénopathie est très fréquente. Elle est très souvent méconnue ou confondue avec la tuberculose au début.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- LEBLOND. — Recherches sur une espèce de phthisie particulière à l'enfance. Thèse, 1824.
- LEY. — Observations sur l'inspiration rauque des enfants et sur ses rapports avec un état morbide des ganglions thoraciques et cervicaux (Gaz. Méd. 1834).
- LAËNNEC. — Traité de l'Auscultation médiate. 4^e édition, 1836.
- HIRTZ. — Recherches cliniques sur quelques points du diagnostic de la Phthisie (Strasbourg, 1836).
- HARRISSON. — Surgical anatomy of the arteries. Dublin, 1838.
- ANDRAL. — Clinique Médicale. 2, IV, Paris, 1839.
- BARTHEZ ET RILLIET. — Archives générales de Médecine, 1840 et 1842.
- LOUIS. — Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la phthisie pulmonaire, 2^e édition. Paris, 1843.
- MARCHAL DE CALVI. — De la tuberculisation ganglio-bronchique, chez l'adulte, in. Recueil des Mémoires de Médecine militaire, 2^e série, tom. V, 1850.
- BOURDON. — Actes de la Société Médicale des hôpitaux, 2^e Fascicule, 1852.
- BARTHEZ ET RILLIET. — Traité clinique et pratique des maladies des enfants, 2^e édition, 1854.
- FONSSAGRIVES. — Archives générales de Médecine, 1861.
- POTAIN. — Hypertrophie simple des ganglions bronchiques. Bulletin de la Soc. Anat. 1861.
- DAGA. — De la Tuberculisation des ganglions bronchiques chez l'adulte (Recueil de Médecine militaire, 1886).
- HÉRARD ET CORNIL. — De la phthisie pulmonaire, étude anatomo-pathologique et clinique, Paris, 1867.
- SERRAILLIER. — Études sur quelques manifestations extérieures de la phthisie pulmonaire, 1867.
- TAUCHON. — De la Tub. bronchique ou ganglio-phymie chez l'adulte, 1867.

- SYDNEY RINGER. — On some anomalous cases of acute Phthisis (Médic. Times and gaz. London, 1868.
- JOLIVET. — Essai sur les accidents déterminés par l'altération des nerfs récurrents. Thèse, Paris, 1868.
- BARTH ET ROGER. — Traité pratique d'Auscultation et précis de percussion, 7^e édition, 1870.
- WALSHE. — A practical treatise on the diseases of the lungs. London. 1871.
- PERROUD. — De quelques phénomènes nerveux survenant dans le cours de la phthisie pulmonaire. Lyon médical, 1872.
- BILHAUT. — Température dans la phthisie. Thèse, Paris, 1872.
- LEBERT. — Variations de la température organique dans le cours de la tuberculose. Deutsch Arch. für Klin. Medic. 1872.
- WUNDERLICH. — De la température dans les maladies. Traduction Labadie-Lagrave, 1872.
- GUÉNEAU DE MUSSY. — Nouvelles recherches sur l'Adénopathie bronchique. Gaz. hebdomadaire, 1873.
- PIDOUX. — Études générales sur la phthisie pulmonaire, 1873.
- JAGUENEAU. — Symptomatologie et diagnostic de la phthisie commençante. Thèse, 1873.
- ROQUE. — De l'inégalité des pupilles dans les affections unilatérales des diverses parties du corps. Thèse, Paris, 1873.
- LEREBOULLÉT. — Recherches cliniques sur l'Adénopathie bronchique, considérée comme l'un des signes du début de la tuberculose pulmonaire. Union Médicale, 19 et 26 mai 1874.
- GUÉNEAU DE MUSSY. — Clinique Médicale, 1874.
- BARÉTY. — De l'Adénopathie trachéo-bronchique, 1874.
- WILLIAMS. — Temperature in Phthisis. The Lancet January, 1875.
- DAREMBERG. — De l'expectoration dans la phthisie pulmonaire. Thèse, Paris, 1876.
- TROUSSEAU. — Phthisie pulmonaire. Clin. de l'Hôtel-Dieu, 5^e édition, 1877. Tome I.
- JACCOUD. — Traité de pathologie interne, 1878.
- GRISOLLE. — Traité de pathologie interne, 9^e édition, 1879.
- HANOT. — Article phthisie in nouv. Dict. de méd. et Chir. pratiques. Tome XXVIII, 1879.

BAGNARIS. — Températures morbides locales dans les diverses périodes de la tub., 1879.

CATTET. — Phthisie pulmonaire. Symptômes du début. Leurs rapports avec l'irritation des pneumogastriques, 1879.

PÉTER. — Leçons de clinique médicale, 3^e édition, 1880.

CADET DE GASSICOURT. — Traité clinique des maladies de l'enfance, 1880.

FOREST. — Températures locales dans la tuberculose au début, 1880.

GUIRAUD. — Sémiotique de l'Ad. bronchique (Gazette hebdomadaire, 1880, n^o 12.

OUDIN. — Phthisie pulmonaire. Températures pariétales, 1881.

SAUVAGE. — De la valeur diagnostique de la présence des Bacilles de Koch dans les crachats, 1883.

HUGUENY. — Du bacille de la tuberculose, Nancy, 1883.

MALASSEZ ET VIGNAL. — Archives de physiologie, 15 août 1884.

COCHEZ. — Recherche du Bacille de la tuberculose dans les produits d'expectoration, 1884.

MOUDON. — Températures locales dans la phthisie pulmonaire, 1884.

TABLE DES MATIÈRES

Avant propos	5
Introduction	7
Historique	10
Notions anatomiques	15

PREMIÈRE PARTIE

Inspection	18
Palpation	20
Percussion	22
Auscultation	30

DEUXIÈME PARTIE

Appareil respiratoire	41
Dyspnée	41
Toux	48
Expectoration	51
Hémoptysie	55
Troubles laryngés. Modifications de la voix	59
Spirométrie	64
Appareil circulatoire	65
Cœur	65
Vaisseaux	70
Appareil digestif	74
Système nerveux	80
Système lymphatique	84

TROISIÈME PARTIE

Température	86
Aspect extérieur	91
État général	95
Marche et durée	98
Résumé	100
Observations	105
Conclusions	128
Index bibliographique	133

HENRI GAUTIER, 50, rue Dauphine, PARIS
